UNIVERSITÉ PARIS XIII

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

N05

ANNÉE 1975 N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Philippe LARMIGNAT
né le 4 Août 1949 à SAINT-OUEN

---

présentée et soutenue publiquement le 1975

ETIOLOGIES DES DÉCOMPENSATIONS RESPIRATOIRES AIGUES

En dehors des intoxications médicamenteuses
A propos de 74 malades hospitalisés au Sas de Réanimation de l'Hôpital Franco-Musulman

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Agrégé Michel CUPA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548103_0016

UNIVERSITÉ PARIS XIII

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

ANNÉE 1975 N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Philippe LARMIGNAT
né le 4 Août 1949 à SAINT-OUEN

présentée et soutenue publiquement le *19*

ETIOLOGIES DES DÉCOMPENSATIONS RESPIRATOIRES AIGUES

En dehors des intoxications médicamenteuses
A propos de 74 malades hospitalisés au Sas de Réanimation de l'Hôpital Franco-Musulman

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Agrégé Michel CUPA

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

Grands Parents

Amis

A Mireille

A Monsieur le Professeur Pierre CORNILLOT

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance

A monsieur le Docteur Michel CUPA

Directeur de cette thèse qui m'accueille dans le département d'anesthésie et de réanimation de l'Hôpital de Bobigny

A Monsieur le Docteur Jean Louis POURRIAT

Rapporteur de cette thèse dont il a inspiré le sujet. Pour les conseils et l'aide précieuse qu'il m'a prodigué dans la réalisation de ce travail.

à Monsieur le docteur Jean Louis PERRIN

à Monsieur le Docteur Loïc GUILLEVIN

Pour leur dévouement
et leur compétence

A mes aînés

Monsieur le Docteur Christian CHASPOUL
Monsieur le Docteur Jean Baptiste DAIJARDIN
Mademoiselle le Docteur Odile FAJON
Mademoiselle le Docteur Chantal FARCIS
Monsieur le Docteur Yves GUITTARD
Madame le Docteur Brigitte GUITTARD
Monsieur le Docteur Daniel JACQUEMIN
Monsieur le Docteur Claude LAPANDRY
Monsieur le Docteur Pierre LEGOFF
Monsieur le Docteur Christian RATHAT

qui m'ont initié à leur spécialité.

A mon maître et ami :

Jacques VASSEUR Docteur ès Sciences physiques

à Madame Suzanne VASSEUR

en témoignage de ma profonde reconnaissance

A mes maitres

Monsieur le Docteur CHEVREL
Monsieur le Docteur DAVID
Monsieur le Docteur RIVKINE
Monsieur le Docteur RISTELHUEBER
Monsieur le Docteur SOMIA
Monsieur le Docteur GRENINGER
Monsieur le Docteur GUILLAUMIN
Monsieur le Docteur KRAWEC

A Madame Mathilde JOUVENEAU

Pour sa patience et ses précieux conseils

SOMMAIRE

Chapitres

	Pages
I - SOMMAIRE	2
II INTRODUCTION	5
III ABREVIATIONS UNITES ET VALEURS NORMALES	12
IV MATERIEL D'ETUDE - Le nombre de dossiers - proportion selon le sexe - étude des tranches d'âge - étude de la durée du séjour - étude du nombre de décès en fonction de l'âge - date du décès au cours de l'hospitalisation - devenir des malades de réanimation respiratoire	15
V EXPOSE DU DOSSIER TYPE D'ETUDE - intérêt - le tableau clinique - le tableau biologique et thérapeutique - le diagramme de C. Van Ypersele de Strihou	22
VI EXPOSITION DES DOSSIERS - mode de classement - récapitulatif en fonction des étiologies - les dossiers	30
VII EXPOSE DU TABLEAU ANALYTIQUE - intérêt - Facteur favorisants - Facteurs déclenchants - exposition du tableau	126
VIII DEDUCTIONS DU TABLEAU ANALYTIQUE	138
1 pourcentages et détails des facteurs favorisants 1° le tabac et l'alcool 2° l'obésité 3° les antécédents tuberculeux 4° la bronchite chronique 5° l'emphysème post bronchitique 6° les pneumoconioses 7° les déformations thoraciques 8° l'asthme	139

9° les séquelles de pleurésie
10° L'insuffisance cardiaque
11° Les insuffisants respiratoires chroniques

Tableau récapitulatif des facteurs favorisants
pourcentage et nombre de cas
Tableau racapitulatif des étiologies des
insuffisances respiratoires aigues :
pourcentage et nombre de cas.

2 Pourcentage et détails des facteurs déclenchants 145

1° Les surinfections broncho pulmonaires
primitives
Justification de chaque décès
2° Les surinfections broncho pulmonaires
secondaires
3° Les pneumothorax primitifs
4° les pneumothorax secondaires
5° les embolies pulmonaires 150
- Primitives
. Les observations
- Secondaires
. Les observations
- Tableau confrontant la présence
des signes cliniques, électriques
radiographiques et biologiques
sur 11 cas
- les remarques
- conclusions et problèmes posés
6° l'asthme
7° les oedèmes aigus du poumon
8° les épanchements pleuraux
9° les causes neurologiques
10° les insuffisances respiratoires aigues
dues aux drogues dépressives
11° l'alcalose métabolique et l'hyperbasémie 163
- principaux désordres de l'équilibre
acido basiques et mécanismes compensateurs
- importance respective et nature des mécanismes
compensateurs
- le Diagramme de C. Van Ypersele de Strihou

- Interprétation du diagramme
- présentation et interprétation des 7 observations
- exposition des 7 diagrammes

12° les obstacles trachéo bronchiques
13° les traumatismes thoraciques

IX CONCLUSIONS 178

1° le bilan lui même
. Intérêt et résultat
. Intérêt de suivre les malades après leur sortie
. un nouveau dossier d'observation
2° Deux pôles d'intérêt mis à jour
. l'alcalose métabolique
- problèmes posés
- perspective d'avenir
. l'embolie pulmonaire
- fréquence et problèmes diagnostiques
- l'hypoplaquettose
- les questions soulevées par l'hypoplaquettoses
3° Sujets d'étude à envisager pour l'année à venir

X BIBLIOGRAPHIE 183

INTRODUCTION

Quelques mois après l'ouverture du SAS de réanimation de l'hôpital Franco Musulman de Bobigny, l'importante proportion de malades de réanimation respiratoire a imposé cette partie de la réanimation comme l'égale de la réanimation cardiaque en difficulté et de celle des intoxications en fréquence.

L'aspect chronique de la maladie respiratoire a dominé. Les conséquences de cette chronicité ont été à la base même des difficultés diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques rencontrées. Chez un sujet dont une des grandes fonctions est perturbée depuis des années les phénomènes physiolgiques d'adaptation de la part des autres appareils et le retentissement de la maladie sur ceux-ci rendent l'interprétation des désordres cliniques et paracliniques toujours délicate voire impossible. L'induction d'une pathologie iatrogénique due à certaines thérapeutiques au long cours majore les difficultés d'analyse d'une situation déjà complexe. En état stationnaire cette analyse est le plus souvent possible le malade peut se prêter plus facilement aux investigations, un état d'équilibe est atteint ; le contexte d'urgence n'existe pas. En état de décompensation aigue, cet équilibre est rompu, une agression nouvelle est intervenue qu'elle soit d'origine infectieuse, mécanique, vasculaire, métabolique, spontanée ou iatrogène. L'intrication des désordres est maximum. Le malade ne peut subir que quelques examens simples indispensables et cependant pas toujours possible à obtenir en urgence. La situation va évoluer très vite. Seule la répétition des bilans cliniques et paracliniques va permettre au réanimateur de poser ses indications thérapeutiques.

Le cap aigu passé, souvent rien ne paraît réglé. Le risque de récidive, la susceptibilité de ces malades à l'égard de la pathologie hospitalière, les complications de la réanimation respiratoire en font des sujets fragiles même sous surveillance étroite au cours de leur hospitalisation. Quant à l'avenir lointain il est évidemment fonction de chaque cas particulier et pourra en ce qui concerne le SAS, sans soute être défini après plusieurs années d'activité.

C'est dire l'intérêt que présente ce domaine de l'activité au SAS. A la fin d'une première année, un bilan d'activité pouvait être entrepris.

Au cours de cette année d'ouverture la proportion relative des grands syndromes ou maladies enregistrés dans le service a été la suivante : sur 544 malades

1 - 198 soit 34,5 % sont des intoxications volontaires ou accidentelles le plus souvent médicamenteuses, rarement elles sont dues à des toxiques tels l'oxyde de carbone, des produits d'entretien domestiques industriels, à l'héroïne chez les toxicomanes.

Certaines de ces intoxications ont engendré des problèmes respiratoires aigus en règle transitoires et réversibles à type de :

- dépression respiratoire d'origine centrale
- encombrement broncho-pulmonaire
- regurgitations
- convulsions

Dans bon nombre de cas les gestes de réanimation respiratoire (intubation, ventilation artificielle) n'ont servi qu'à prévenir la survenue d'hypoventilation, d'encombrement broncho-pulmonaire, de régurgitations ou d'obstruction des voies aériennes.

Ailleurs ces intoxications se sont compliquées de surinfection broncho-pulmonaire et pour trois d'entre elles d'arrêt cardiaque ou d'inefficacité circulatoire avec arrêt respiratoire. Ces malades ont posé des problèmes ventilatoires aigus, ils ont été cependant exclus du cadre de notre étude parce qu'ils ne présentaient pas à proprement parlé de maladie ou d'anomalie de l'appareil respiratoire avant leur intoxication. 7 cas font exception : 4 cas de surcharge iatrogénique pour une dose faible de produits anesthésiques ce qui peut laisser supposer l'existence d'un facteur favorisant. 1 cas de surcharge en sédatifs dans le traitement d'un état de pré délirium tremens mais le malade a été admis au stade de l'encombrement massif surinfecté. 1 cas de tentative d'autolyse aux barbituriques chez un insuffisant respiratoire chronique. 1 cas d'intoxication éthylique aigu également chez un insuffisant respiratoire chronique.

Le choix de ces 7 cas se justifient par leur circonstance de survenue ou par le terrain sur lequel est apparue l'insuffisance respiratoire aigue.

2 - 100 cas soit 18,3 % sont représentés par des maladies cardio-vasculaires parmi lesquelles on dénombre :

- 13 angors
- 39 Infarctus du myocarde
- 10 syndromes de menace
- 16 Insuffisances cardiaques
- 22 cas de troubles du rythme ou de la conduction

Certains de ces infarctus du myocarde et de ces insuffisances cardiaques ont été retenues dans notre étude en raison des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'ils ont posé au cours de leurs complications cardio respiratoires à type d'oedème aigu du poumon ou d'embolie pulmonaire. D'autant qu'à ces maladies cardio vasculaires s'associe souvent un état broncho pulmonaire peu satisfaisant décompensé par l'encombrement, la surinfection, les embolies pulmonaires qui vient en retour aggraver une mauvaise hématose et la maladie cardiaque. Ainsi, nombre d'embolies pulmonaires relèvent dans leur genèse d'une insuffisance respiratoire chronique avec un retentissement cardiaque droit. De ce groupe se détachent :

- les oedèmes aigus du poumon qui ne reconnaisent pas une étiologie proprement cardiaque tels les oedèmes pulmonaires de surcharge, les oedèmes pulmonaires toxiques et infectieux
- Les embolies pulmonaires non cruoriques gazeuses ou amniotiques comme nous avons été amenés à en soupçonner un cas.

3 - 116 cas soit 21,32 % sont représentés par des états pathologiques aigus justifiant l'hospitalisation dans un service de réanimation médicale mais ne sont ni des maladies cardio vasculaires ni des maladies respiratoires à proprement parlé. Il s'agit :

- de maladies métaboliques
- de maladies neurologiques
- de maladies infectieuses ou parasitaires
- de grands états de déshydratation

- de troubles de la coagulation
- de grandes insuffisances hépatiques ou rénales
- de quelques traumatisés sous surveillance
- de quelques malades reçus en post opératoire en raison d'un manque de place en réanimation chirurgicale

Parmi ceux-ci certains ont été retenus dans la mesure où ils ont du subir une réanimation respiratoire en rapport avec une surinfection, un pneumothorax, une embolie pulmonaire, un défaut de la commande respiratoire ou un paralysie des effecteurs musculaires respiratoires.

4 - Enfin pour 130 cas soit 23,87% la poussée asphyxique était due à un problème essentiellement respiratoire. La plupart de ces malades étaient des insuffisants respiratoires chroniques. Cette insuffisance respiratoire chronique reconnaissait comme étiologie :

- Les broncho pneumopathies chroniques obstructives post bronchitiques
- La broncho pneumopathie chroniques obstructive post asthmatique
- La tuberculose
- Les déformations thoraciques
- les pneumoconioses

Ailleurs les autres cas étaient représentés par des accidents aigus survenant en dehors de toute insuffisance respiratoire chronique, largement dominés par les pneumothorax spontanés iatrogènes et par l'infection broncho pulmonaire.
Dans quelques cas l'étiologie n'a pu être retrouvée.

Au total nous avons pu disposer de 74 dossiers dont la plupart nous ont paru interprétables dans leur ensemble. Peu cependant ont pu remplacer un protocole d'étude pré établi. Ainsi un certain nombre de notions qui nous étaient apparues de manière empirique n'ont pu toujours être étayées avec suffisament de rigueur pour satisfaire à une publication. Par contre, l'étude même de ces dossiers nous a conduit à soulever un certains nombres de problèmes que nous ne pensions pas évoquer ou que nous n'envisagions pas sous cet angle.

Ce que nous espérions

Notre but était de relever les étiologies de nos insuffisances respiratoires aigues rencontrées en une année et au titre d'un bilan, de souligner des points qui n'apparaissaient pas toujours clairement au cours de l'examen des dossiers pris séparemment.

Il s'agissait donc en fait de réaliser une suite de petites séries et de tenter d'en dégager quelques notions générales en s'aidant de remarques faites, au contact de cas isolés que l'on pouvait rapprocher.

Ainsi, parmi ces insuffisances respiratoires aigues, la plupart autorisait à affirmer la nature de leur cause déclenchante, surinfection, pneumothorax, oedème pulmonaire, embolie pulmonaire, dépression respiratoire centrale ou périphérique, volet thoracique, encombrement, problème post opératoire, poussées asthmatiformes. Il nous semblait qu'un nombre non négligeable de décompensations avait été expliqué par un facteur déclenchant qui ne satisfaisait pas vraiment. Cette cause était en général la surinfection broncho pulmonaire qui certes était souvent indéniable deux ou trois jours après le début de l'hospitalisation mais qui n'apparaissait pas toujours évidente à l'arrivée du malade. Ailleurs, le malade nous était adressé d'un autre service en état de surinfection broncho pulmonaire mais là encore la cause initiale de la décompensation ne nous semblait pas toujours être en rapport avec une surinfection, cette dernière ayant pu survenir en cours d'hospitalisation, venant aggraver l'état respiratoire du malade.

Chez les insuffisants respiratoires chroniques, l'embolie pulmonaire parfois multiple et bilatérale, survenant en dehors de tout foyer de phlebothrombose périphérique décelable cliniquement, est retenue comme une cause certainement importante, et souvent méconnue de brusque décompensation respiratoire apparemment inexpliquée. Chez 11 malades insuffisants respiratoires chroniques, autopsiés dans son service J. LISSAC fait état de 6 embolies pulmonaires. Cependant à côté de ces embolies fréquentes et trompeuses, nous pensions pouvoir accorder une place nouvelle à l'alcalose métabolique due en particulier à un emploi mal compris de diurétiques ou de corticoïdes au long cours chez ces malades. Cette hypothèse, nous le reverrons, n'a pas donné les résultats espérés.

Ce que nous n'avions pas envisagé

C'est d'abord la difficulté d'exploiter les dossiers quand le thème devient trop précis, ce qui implique la nécessité de recourir à un protocole d'étude pour d'autres travaux. Cela montre aussi l'intérêt de mettre au point un dossier type pour la prise directe des observations. Ce type de dossier qui a déjà été expérimenté au SAS dans le domaine des intoxications rassemblera l'ensemble des paramètres qui nous intéressent en matière d'insuffisance respiratoire. Il devrait permettre d'associer une grande facilité de tenue , une bonne rigueur dans le relevé des renseignements cliniques et paracliniques et une amélioration des conditions d'exploitation des dossiers lorsque l'on désire procéder à l'étude d'une série de cas. Quant aux déductions du bilan nous les reverrons au fur et à mesure et au moment de tirer les conclusions.

Les déductions thérapeutiques

Elles ne pouvaient trouver leur place qu'après un bilan des étiologies c'est-à-dire après une démarche diagnostique. C'est le but de ce travail. L'étude des dossiers ne nous a pas permis de soulever un certain nombre de problèmes thérapeutiques concernant en particulier

- les indications et les résultats de la ventilation artificielle
- la prévention de la maladie thrombo-embolique
- les diverses indications du plasma et de l'albumine face aux diurétiques
- le bird
- la surveillance des malades et des machines
- le problème de la prévention des surinfections secondaires
- le problème de prévention des ulcérations aigues de l'estomac en réanimation respiratoire.

C'est donc essentiellement une étude statistique des facteurs favorisant et des facteurs déclenchant des Insuffisances respiratoires aigues que nous allons maintenant passer en revue.

On verra au niveau des conclusions de cette étude a priori statistique que se dégagent de nombreuses possibilités d'étude notamment sur le plan étiopathogénique.

ABREVIATIONS

UNITES & VALEURS NORMALES

ABREVIATIONS

A1 A2 A3	Service du Docteur SOMIA
AG	Anesthésie générale
AVP	Accident de voie publique
BBD	Bloc de Branche droit
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Ca	Calcium
CCMH	Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
CDS	Culs de sac
CIVD	Coagulation intra-vasculaire disséminée
Cl	Chlore
CPK	Créatine phosphokinase
dg	Diagnostic
DT	Délirium tremens
ECG	Electro-cardiogramme
EP	Embolie pulmonaire
GB	Globules blancs
HO H3 H4	Service du docteur PARAF
H2	Service du Docteur Ordonneau
Hb	Hémoglobine
HD	Hemorragie digestive
HFM	Hôpital Franco Musulman
HSHC	Hémissucinate d'hydrocortisone
HTA	Hypertension artérielle
Hte	Hématocrite
IgG	Immunoglobulines Gamma
I du M	Infarctus du myocarde
IRA	Insuffisance respiratoire aigue
IRC	Insuffisance respiratoire chronique
IVD	Insuffisance ventriculaire droite
K	Potassium
LDH	Lactico-déshydrogénase
MCE	Massage cardiaque externe
mg	milligramme
Na	Sodium
O2	Oxygène
OAP	Oedème aigu du poumon
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PAS	Acide Para amino salicylique

PaO_2 PO_2	Pression partielle de l'oxygène dans le sang artériel
pb	Problème
PCE	Polyarthrite chronique évolutive
P CO_2	Pression partielle du gaz carbonique dans le sang
PL	Ponction lombaire
PNO	Pneumothorax
PV	Pression veineuse
RA	Réserve alcaline
RAS	Rien à signaler
RHJ	Reflux hépato jugulaire
RP	Radiographie pulmonaire
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SGOT	Sérum glutamino oxalo acetic transaminase
SGPT	Serum glutamo pyruvic transaminase
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
T°	Température
TA	Tension artérielle
TOGD	Transit oesophago-gastrique duodénal
TP	Taux de prothrombine
T. Trachéo	Trachéotomie
VA	Ventilation artificielle
VS	Ventilation spontanée

RESULTATS BIOLOGIQUES

Unités employées et valeurs normales

		Valeurs normales	
		H	F
Hématocrite	%	40-54	37-47
Hémoglobine	g/100ml	14-17	12-15
Leucocytes	/mm^3	4000 à 10 000	
CCMH	%	32 à 36	
Plaquettes	/mm^3	150 à 350	
Neutrophiles	%	55 à 70	

BIOCHIMIE

		Valeurs normales
Urée sanguine	g/l	0,15 à 03 g/l
Glycémie	g/l	0,7 à 1g/l
Na^+	mEq/l	135 à 145 mEq
K^+	mEq/l	3.6 à 5 mEq
Cl^-	mEq/l	96 à 105 mEq
RA	mEq/l	22 à 28 mEq
Calcémie	mg/l	90 à 105 mg/l
Urée urinaire	g/l	15 à 25 g/l
SGOT	u I	< 40 u.I
SGPT	u I	< 40 u.I
TP	%	80 à 100 %
Albumine	g/l	> 38 g/l
CPK	u I	< 40 u. I
LDH	u I	< 350 u. I

MATERIEL D'ETUDE

Notre matériel d'étude est constitué de 74 dossiers pris

- parmi les 130 dossiers de malades qui ont été hospitalisés au SAS avec le diagnostic d'insuffisance respiratoire aigue.
- et parmi les quelques cas de malade qui ont posé un problème respiratoire au cours d'un autre type de pathologie et dont le choix a été justifié dans l'introduction.

Parmi les dossiers des sujets qui ont été admis pour IRA mais qui ne font pas partie de ce bilan :

. La plupart ont été transmis à d'autres services où ils ont normalement suivis le malade mais n'ont pu être récupérés.

. Quelques dossiers ne comportent que le billet d'admission du malade et quelques résultats d'examens demandés en urgences. Il s'agit là de malades dont le séjour a toujours été inférieur à 24 heures qu'ils soient décédés quelques heures après leur admission au SAS ou qu'il aient été rapidement dirigés dans d'autres services.

. Enfin rarement il n'y a plus aucune trace du dossier force est d'admettre qu'il a été perdu ou incorporé à celui d'un autre malade.

La période d'étude porte sur 1 an d'activité du 16 avril 1974 jour d'ouverture du Service au 16 avril 1975.

D'après Monsieur J.BALLY à qui l'on doit sur ce sujet une étude statistique, le canal d'admission pour ces malades est représenté de la façon suivante :

- 40 % proviennent des services de Médecine et de Chirurgie de l'Hôpital Franco Musulman
- 40 % sont transférés au SAS en provenance d'un autre hôpital dans le cadre des transports secondaires du SMUR
- 20 % sont admis directement par les urgences de l'hôpital Franco Musulman.

Parmi les 74 cas d'insuffisance respiratoire aigue :

La répartition selon le sexe se fait de la façon suivante :

Hommes	48	64,9 %
Femmes	26	35,1 %

:: Etude des tranches d'âge

Tranches d'âge	Nombre de malades	Pourcentage
15 à 20 ans	2	2,1 %
20 à 30 ans	2	2,1 %
30 à 40 ans	5	6, 15 %
40 à 50 ans	13	17,6 %
50 à 60 ans	16	21,6 %
60 à 70 ans	17	22,9 %
70 à 80 ans	16	21,6 %
Au delà de 80 ans	3	3,2 %

⁂ Etude de la durée du séjour

Elle s'étend de 1 à 35 jours

Durée du séjour	Nombre de malades	Pourcentage
1 à 2 jours	8	10,8 %
3 à 5 jours	32	43,24 %
6 à 10 jours	15	20,21 %
11 à 20 jours	12	16,21 %
21 à 30 jours	3	4,05 %
31 à 35 jours	4	5,40 %

⁂ Etude du nombre de décès en fonction des tranches d'âges

On dénombre 23 décès sur les 74 détresses respiratoires aigues soit 31,08 %

Tranches d'âge	Nombre de décès	Pourcentage de malades décédés par rapport au total des détresses respiratoires	Pourcentage des malades décédés dans la tranche d'âge considérée
15 à 20 ans	1	1,3 %	NS⁂
21 à 30 ans	0		
31 à 40 ans	0		
41 à 50 ans	4	5,63 %	30, 16 %
51 à 60 ans	4	5,63 %	25 %
61 à 70 ans	6	8,11 %	35,29 %
71 à 80 ans	7	9,45 %	43,15 %
au delà de 80 ans	1	1,3 %	NS

⁂ NS : non significatif

:: Date du décès au cours de l'hospitalisation

Nombre de jours	Nombre de décès	Pourcentage par rapport au nombre total des décès
1 à 2 jours	1	4,16
3 à 5 jours	10	41,6
6 à 10 jours	4	16,66
11 à 20 jours	5	20,83
21 à 31 jours	2	8,33
31 à 35 jours	0	

Apparaissent ainsi

- la forte proportion d'hommes par rapport aux femmes
- l'augmentation brutale de la fréquence des problèmes respiratoires aigues à partir de 40 ans.
- l'accroissement de la gravité du pronostic avec l'accroissement de l'âge
- la moitié des hospitalisés au SAS reste moins de 5 jours.
- La majorité des décès se produisent au cours de ces cinq premiers jours.

⁂ Devenir des malades de réanimation respiratoire

(d'après M. J. BALLY)

Sur les 130 reçus en 1 année

- 43 % ont été transférés en médecine
- 7 % ont été dirigés vers un autre hôpital
- 8 % sont sortis au domicile
- 42 % sont décédés.

Le désaccord entre les chiffres de M. J. BALLY et les notres à propos des décès provient du fait que le nombre de malades décédés dans les toutes premières heures de leur hospitalisation au SAS n'ont pas eu un dossier exploitable pour ce qui nous intéresse et n'ont donc pas été rétenu dans notre étude.

EXPOSE

DU DOSSIER TYPE D'ETUDE

Pour tenter de faire ce bilan il nous est vite apparu qu'il nous fallait posséder sur chaque malade un grand nombre de données tant sur les plans clinique et biologique qu'évolutif avec une large part faite aux antécédents du sujet et aux traitements suivis avant l'hospitalisation. Plus qu'une fiche signalitique du malade à un moment précis de sa maladie il nous fallait un véritable dossier stéréotypé facile à manipuler aussi complet que possible.

Le dossier mis au point se compose :

- d'un tableau comportant les principaux renseignements cliniques et thérapeutiques
- d'un tableau biologique et thérapeutique équivalent à une pancarte simplifiée de réanimation
- d'un diagramme permettant de situer le malade sur la plan acido-basique

1 - Le tableau clinique

Il tend à définir l'insuffisant respiratoire aigu par un maximum de paramètres comprenant :

1) le numéro du dossier
2) l'âge
3) les dates d'entrée et de sortie du Service
4) la durée de séjour
5) le diagnostic d'entrée
6) l'origine du malade
7) les antécédents médico-chirurgicaux
8) les facteurs favorisant la maladie respiratoire
9) le traitement en cours avant l'hospitalisation
10) le tableau clinique initial et son évolution
11) les facteurs déclenchants l'insuffisance respiratoire aigue
12) les problèmes posés
13) l'évolution
14) les hypothèses
15) les critiques des hypothèses
16) les conclusions

(Tableau n° I)

TABLEAU N° 1

NOM	Prénom	Age ans	ENTREE le:	SORTIE le:	Séjour jours	N°
Diagnostic d'entrée Origine						
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)						
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé						
Evolution						
Hypothèse						
Critiques						
Conclusions						

Avantages :

de taille réduite, et assez complet, il est adaptable à peu près à tous les malades de réanimation respiratoire.

Inconvénients :

Il n'est pas assez précis pour constituer un dossier d'archives et il demande une analyse préalable du dossier pour dégager les points significatifs.

Un dossier de ce type a été établi pour chacun des 74 malades.

2 - Le tableau biologique et thérapeutique

Il permet de noter

1) le numéro du malade
2) la date des examens ou des traitements institués
3) la température du malade
4) les gaz du sang
   - la pression partielle en oxygène
   - la pression partielle de gaz carbonique
   - le pH plasmatique

   les prélèvements sanguins sont effectués soit par voie artérielle fémorale soit le plus souvent à l'oreille.
5) la réserve alcaline
6) l'hématocrite
7) la numération des globules blancs
8) la numération des plaquettes
9) la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
10) le sodium, le potassium et le chlore plasmatique
11) la diurèse de 24 heures
12) le sodium, le potassium et l'urée urinaire
13) sur le plan thérapeutique on a retenu l'oxygène par voie nasale, l'intubation, la trachéotomie, la ventilation artificielle, la ventilation spontanée.
    Quelques cases libres permettent d'ajouter des renseignements complémentaires fonction des cas particuliers.

NOM N°																					
Température																					
PO_2																					
PCO_2																					
pH																					
Réserve alcaline																					
Hématocrite																					
Globules blancs																					
Plaquettes																					
CCMH																					
Plasma	Urée																				
	Na																				
	K																				
	Cl																				
	Diurèse/24 h.																				
urines	Na																				
	K																				
	Urée																				
	O_2 nasal																				
	Intubation																				
	V.A.																				
	V.S.																				

Ce tableau comporte 10 colonnes correpondant à 10 jours d'hospitalisation. Lorsque le séjour excède cette durée, les résultats biologiques des 10 jours les plus significatifs dont mentionnés au profit de résultats moins interessants. Dans le choix de ces résultats l'allure évolutive de la situation biologique a été respectée dans la mesure du possible.

Nous n'avons consigné ces résultats qu'à propos de 20 cas pour lesquels ils présentaient un intérêt dans la discussion des conclusions. Les autres dossiers n'ont pas été rapportés en raison de leur importance numérique. Pour ceux-ci les grands points sont notés dans le tableau clinique. (Tableau 2).

3 - Le diagramme de Van Ypersele de Strihou (1966)

Bien que donnant des résultats proches du "Sigaard Anderson acido-basic chart", nous l'avons préféré à ce dernier pour sa très grande facilité d'emploi et d'interprétation.

Il présente sur le nomogramme linéaire de Sigaard Anderson l'avantage de ne pas nécessiter la connaissance de la saturation en oxygène du sang artériel, de l'hématocrite et du taux sanguin d'hémoglobine.

Enfin il permet une analyse plus directe que le diagramme de Davenport basé sur la relation bicarbonate pH plasmatique.

Surtout son intérêt nous parait majeur en matière d'insuffisance respiratoire chronique puisque basé sur la relation PCO_2/pH et établi de façon expérimentale il permet de déceler des perturbations de l'équilibre acido basique surajoutées à celles engendrées par les troubles respiratoires et leur compensation rénale, comme nous le reverrons.

Ce diagramme est divisé en 5 zones

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hyper capnie

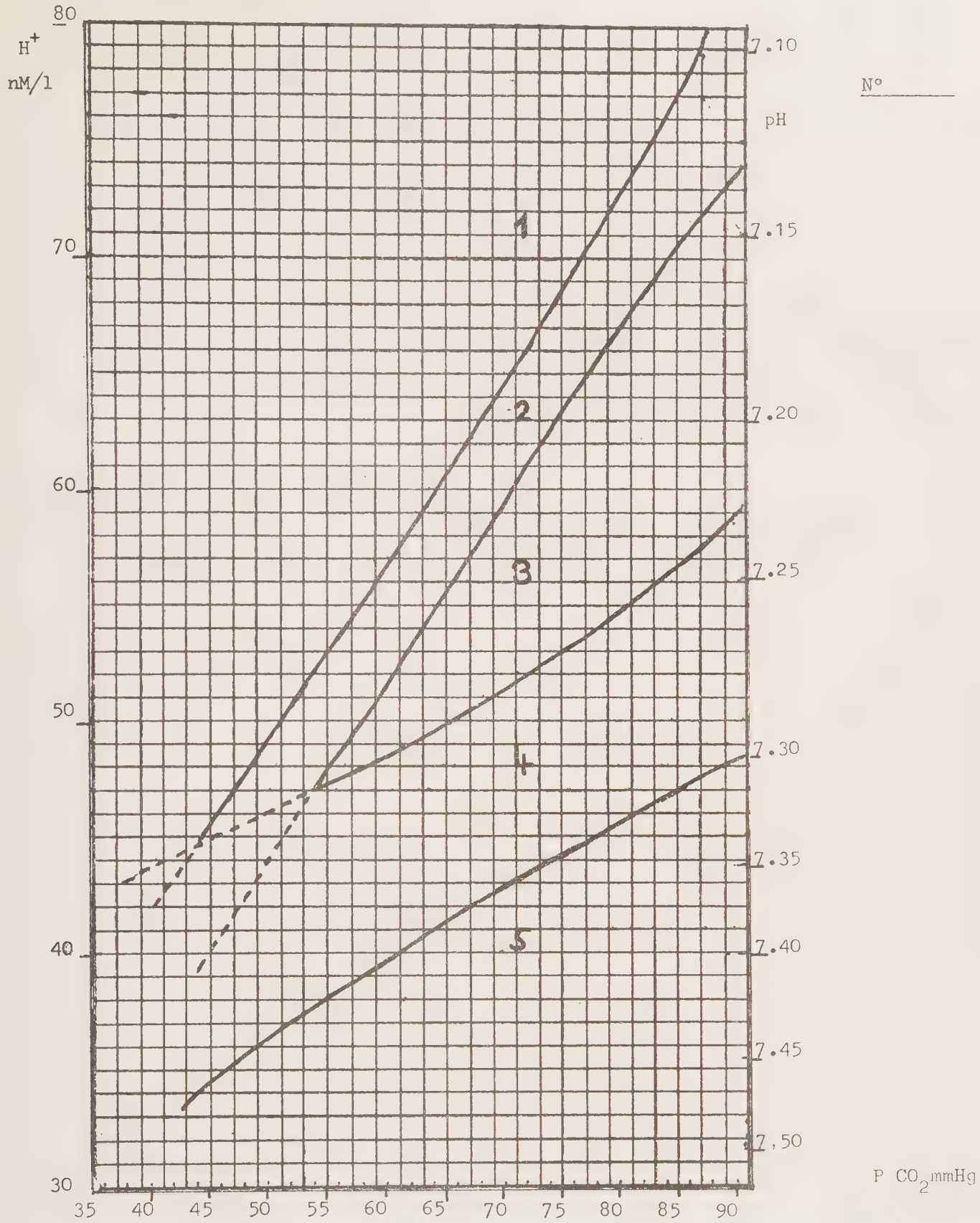
La zone 2 est celle des hypercapnies aigues avec acidose ventilatoire aigue pure

La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue

La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"

La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à un hypercapnie. (Tableau 3).

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

TABLEAU N° 3

Seuls les malades ayant traversé la zone 5 cest-à-dire témoignant de l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie font l'objet d'une étude sur le diagramme de C. Van Ypersele de Strihou puisque la possibilite de démasquer ce trouble mixte nous parait être l'élèment le plus intéressant de ce diagramme. Au passage notons que si en dessous d'un pH plasmatique de 7,42, le terme d'alcalose métabolique paraît impropre c'est celui employé par C. Van Ypersele de Strihou lui-même. D'autre part, le terme d' hyperbasémie employé à la place d'alcalose métabolique ne satisfait pas entièrment pour définit ce qui se passe électivement dans la zone 5 du diagramme car cette hyperbasémie peut se retrouver également dans la zone 4. En parlant d'alcalose on veut montrer le sens de la perturbation métabolique surajoutée aux troubles ventilatoires, l'un ou l'autre de ces troubles pouvant dominer, la zone 5 couvrant l'échelle de pH de 7,30 à 7,52.

Au total, le dossier réduit d'un sujet se compose au maximum des deux volets,clinique et biologique,et du diagramme de C. Van Ypersele de Strihou.

EXPOSITION DES DOSSIERS

Les dossiers sont classés par ordre croissant des numéros d'admission au SAS

Numéro des dossiers correspondants aux grandes étiologies des insuffisances respiratoires aigues.

1°) - L'asthme

dossiers n° 8, 212, 253, 279, 300, 329, 392, 512

2°) - Dépressions respiratoires médicamenteuses

dossiers n° 6, 47, 108, 278, 328, 419

3°) - Embolies pulmonaires

dossiers n° 73, 151, 186, 187, 251, 310, 331, 337, 388, 404, 412, 413, 423, 504

4°) - Oedèmes aigus du poumon

dossiers n° 110 W, 146, 151, 212, 327, 331, 388, 392, 413, 415, 492

5°) - Pneumothorax

dossiers n° 7, 41, 93, 110, 160, 182, 266, 310, 418, 452, 485, 504

6°) - Problèmes neurologiques

dossiers n° 110, 146, 321, 388, 425

7°) - Surinfections primitives et secondaires

dossiers n° primitives 7, 8, 19, 25, 41, 50, 87, 93, 101, 113, 151, 157, 201, 206, 213, 224, 225, 230, 242, 253, 258, 273, 329, 368, 388, 392, 393, 404, 410, 415, 430, 432, 494, 497,

secondaires 73, 95, 104, 110, 113, 147, 151, 160, 187, 212, 266, 278, 310, 321, 328, 331, 337, 392, 413, 412, 415, 425, 497, 504.

NOM A....	Prénom A....	Age 58 ans	ENTREE le: 19/04/74	SORTIE le: 21/04/74	Séjour 3 jours	N° 6
Diagnostic d'entrée Origine	IRA après prémédication pour bronchoscopie chez un IRC Service du docteur Somia					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchopneumopathie chronique obstructive. Ethylisme chronique. Tabagisme +++ Suspicion de cancer bronchopulmonaire					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Prémédication : Tranxène et Palfium					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dépression respiratoire					
Evolution	Favorable. Passage au H2					
Hypothèses	Dépression respiratoire médicamenteuse					
Critiques						
Conclusions	Poussée d'IRA chez un IRC à la suite d'une prémédication pour bronchoscopie devant une suspicion de cancer bronchopulmonaire					

NOM D....	Prénom A...	Age 69 ans	ENTREE le: 19/04/74	SORTIE le: 21/04/74	Séjour 3 jours	N° 7

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un IRC, bronchoréique chronique
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Thoracoplastie en 1951 (amputation du poumon droit pour tuberculose)
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Poussée de surinfection chez un IRC Détresse respiratoire aigue brutale sous machine (Dieffel : Volume courant 500 ml)
Evolution	Décédé
Hypothèses	Surinfection pulmonaire PNO sur poumon unique
Critiques	Température 39°5 GB 14 300 RP en rapport Survenue sous VA avec un volume courant tenant compte de l'existence d'une seul poumon et en dehors de toute ponction thoracique. Une rupture de bulle enphysème parait probable Confirmation à l'anatomopathologie
Conclusions	- Poussée d'IRA par surinfection bronchopulmonaire chez un IRC. Décès du à l'apparition d'un PNO sur poumon unique sous VA

NOM D...	Prénom T...	Age 69 ans	ENTREE le: 20/04/74	SORTIE le: 23/04/74	Séjour 4 jours	N° 8

Diagnostic d'entrée Origine	Etat de mal asthmatique avec IVD, et troubles de la conscience
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthme connu Bronchopneumopathie chronique obstructive avec insuffisance respiratoire chronique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Transcycline
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Etat de mal asthmatique manifeste dès l'arrivée avec un retentissement cardiaque droit marqué : gros foie douloureux, reflux hépatojugulaire, oedèmes des membres inférieurs, à l'EGG, axe droit et bloc de branche droit Le facteur déclenchant paraît être une pneumopathie aigue fébrile apparue 8 jours plus tôt et n'ayant pas réagi aux antibiotiques Apyrexie. GB = 10 300. Cyanose. Sibilances à l'auscultation. Tachycardie à 120
Evolution	Favorable sous corticoïdes, antibiotiques, tonicardiaques.
Hypothèse s	Pneumopathie aigue ayant déclenchée un état de mal asthmatique
Critiques	L'infection pulmonaire a précédé l'état de mal asthmatique
Conclusions	Bronchopneumopathie chronique obstructive surinfectée ayant déclencé un état de mal asthmatique chez un asthmatique connu

NOM F....	Prénom R....	Age 62 ans	ENTREE le: 26/04/74	SORTIE le: 27/04/74	Séjour 2 jours	N° 19
Diagnostic d'entrée Origine	IRA VILLE EVRARD. SMUR					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Pneumectomie totale droite ancienne pour tuberculose. 2ème hospitalisation en réanimation pour IRA. Déformation thoracique ++++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Malade intubé transporté sous VA Sevrage impossible					
Evolution	Décédé. Intubation 24 heures. VA 24 heures					
Hypothèses	Surinfection					
Critiques	GB 28 000 RP et clinique : surinfection bronchopulmonaire					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire sur poumon unique					

NOM C....	Prénom L...	Age 67 ans	ENTREE le: 30/04/74	SORTIE le: 2/05/74	Séjour 3 jours	N° 25

Diagnostic d'entrée Origine	IRA avec confusion mentale Service H3 (HFM)	
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose ancienne avec PNO en 1911. Ethylisme ++ Platre jambier droit (fracture) sans signe de phlébite ni d'EP	
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?	
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Température 37°5 avant antibiotiques. Peu de renseignement fournis par la RP. Quelques sous crépitants dans le champ pulmonaire droit Nombreuses extrasystoles ventriculaires à l'EGG	
Evolution	Favorable transfert au H3	
Hypothèses	Surinfection	Embolie pulmonaire
Critiques	Pas d'arguments formels mais une évolution assez en faveur avec une efficacité clinique de l'anti biothérapie instaurée	Une circonstance favorisante : l'immobilisation jambière sous platre mais pas de signes électriques, biologiques, radiologiques ni cliniques
Conclusions	Evolution en faveur d'une surinfection bronchopulmonaire	

NOM H....	Prénom A....	Age 69 ans	ENTREE le: 10/05/74	SORTIE le: 6/06/74	Séjour 27 jours	N° 41

Diagnostic d'entrée Origine	OAP H3 Service du Professeur PARAF
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique +++ Obèse +++ Diabétique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Association d'un accident vasculaire cérébral avec une surinfection bronchopulmonaire Pas d'autonomie ventilatoire Abcès de la base pulmonaire droite Syndrome septicémique
Evolution	Décédé
Hypothèses	Surinfection bronchopulmonaire — PNO — Accident vasculaire cérébral
Critiques	Température 40°2 22 400 GB RP en faveur Iatrogène ponction sous-clavière Majoration d'origine centrale de la détresse respiratoire
Conclusions	Septicémie avec importante atteinte bronchopulmonaire de surinfection et abcès de la base droite Chez une bronchitique chronique. Décédée . dont l'évolution est précipitée par un PNO iatrogène.

NOM F....	Prénom G....	Age 71 ans	ENTREE le: 15/05/74	SORTIE le:	Séjour jours	N° 47
Diagnostic d'entrée Origine	Complication respiratoire post opératoire d'une péritonite biliaire opérée					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	?					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	RP normale					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	Surcharge iatrogénique			Amputation de la fonction respiratoire en rapport avec le type d'intervention chirurgicale		
Critiques	?					
Conclusions	IRA post opératoire d'étiologie indéterminée.					

NOM S....	Prénom B....	Age 68 ans	ENTREE le:18/05/74	SORTIE le: 20/05/74	Séjour 3 jours	N° 50
Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un IRC SAMU					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique. Cancer du rectum opéré il y a 20 ans					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Symptomatologie auscultatoire de surinfection bronchopulmonaire Expectoration purulente Température 38°6 RP : image de surinfection. Gros hile droit surchargé					
Evolution	Favorable. Transfert dans un service de médecine au HFM Intubation : 0					
Hypothèses	Surinfection					
Critiques	0					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un IRC					

NOM N	Prénom A....	Age 40 ans	ENTREE le: 8/06/74	SORTIE le: 17/06/74	Séjour 10 jours	N° 73
Diagnostic d'entrée Origine	IRA avec IVD modérée Nôpital de Montfermeil transfert effectué par le SMUR					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique emphysémateux depuis environ 5 ans. Comblement du cul de sac costodiaphragmatique droit depuis 1971					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	A l'entrée auscultation pulmonaire subnormale RP montrant un thorax clair sans image de foyer infectieux Température 37° ce n'est que 24 heures plus tard sous VA que la surinfection pulmonaire devient évidente GB 10 000 température 38° Une alcalose métabolique hypochlorémique se démasque au 3ème jour dont 2 de VA, mais on ne sait rien du traitement antérieur.					
Evolution	Favorable. Retour à Montfermeil service du Professeur Favre					
Hypothèses	Surinfection bronchopulmonaire					
Critiques	Evidente au 2ème 3ème jour elle paraît modérée sinon absente à l'hôpital de Montfermeil					
Conclusions	On ne peut affirmer avec certitude la responsabilité d'une surinfection comme facteur déclenchant de cette décompensation. Cette surinfection ne parait avoir été que secondaire à l'hospitalisation et à la VA. Alcalose métabolique hypochlorémique démasquée sous VA					

NOM N.... N° 73	8.6		9.6		10.6		11.6		12.6		13.6		14.6		15.6		16.6		17.6	
Température	37°		38°		38°2		37°4		37°4		37°2		36°9		36°8		36°		36°4	
PO_2					150		150						62						62	
PCO_2			75		40		36						56				53			
pH			7.23		7.39		7.41						7.33						7.30	
Réserve alcaline	39		39		28		24						30						26	
Hématocrite																				
Globules blancs			10500		15800		17200		12800		8400		8900							
Plaquettes					179000		191000		185000		180000				190000				262000	
CCMH																				
Urée																				
Plasma Na																				
K			4		4.7		3.1													
Cl			92		89		87						94							
Diurèse/24 h.																				
urines Na																				
K																				
Urée																				
O_2 nasal			3		3															
Intubation																				
V.A.	+	+	+																	
V.S.																				

NOM D....	Prénom G....	Age 57 ans	ENTREE le: 17/06/74	SORTIE le: 20/07/74	Séjour 4 jours	N° 87

Diagnostic d'entrée Origine	IRA avec dyspnée asthmatiforme HFM service A2
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique remontant à l'enfance. Pleurésie à l'âge de 10 ans. Tuberculose en 1962 Rechute en 1973. Cancer bronchique confirmé par biopsie.
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Antituberculeux
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée de type asthmatiforme RP : calcification: séquelle de tuberculose au sommet pulmonaire droit, atélectasie du lobe supérieur droit ECG tachycardie supraventriculaire à 150 avec quelques extrasystoles ventriculaires et troubles de la repolarisation en rapport avec l'hypoxie
Evolution	Favorable. Intubation 3 jours VA un jour. Transfert au A2 (HFM)
Hypothèses	Surinfection Nécrose myocardique
Critiques	14 600 : GB Elévation des enzymes cardiaques assez modérée Trouble du rythme mais pas d'ondes de nécrose à l'EGG Pas de syndrome thoracique douloureux
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire avec hypoxie responsable de troubles cardiaques du rythme et de la repolarisation

NOM D....	Prénom R....	Age 46 ans	ENTREE le: 22/06/74	SORTIE le: 29/06/74	Séjour 8 jours	N° 93

Diagnostic d'entrée Origine	PNO spontané gauche Clinique du Bois d'Amour
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire en 1952 traitée par antituberculeux avec PNO droit Rechute en 1955
Traitement en cours avant l'hospitalisation	
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Douleur brutale avec dyspnée sans facteur déclenchant évident Amélioration puis récidive sous drain aspiratif Mais d'emblée fièvre à 38°, et 11 300 GB RP : PNO évident. Coupoles diaphragmatiques droites et gauches rectilignes avec CDS comblée (séquelles tuberculeuses) Malgré le drainage et le retour du poumon à la paroi, le drain continue à buller
Evolution	Le malade est transferé à Saint Joseph en vue d'un traitement chirurgical
Hypothèses	PNO d'étiologie non précisée — Surinfection contemporaine du PNO
Critiques	Peut être produit d'une séquelle tuberculeuse étant donné les antécédents du malade
Conclusions	PNO fébrile avec 11 300 GB d'emblée d'étiologie indéterminée et récidivant sous drainage aspiratif

NOM K....	Prénom A....	Age 37 ans	ENTREE le: 24/6/74	SORTIE le: 27/6/74	Séjour 4 jours	N° 95
Diagnostic d'entrée Origine	Insuffisance respiratoire aigue à la suite de fractures de côtes Domicile					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique. Fumeur ++. Ethylique chronique. Comitial					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Gardénal					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Perte de connaissance chez un comitial avec chute ayant entraînée les fractures de 3 côtes latérales Tableau clinique d'encombrement broncho-pulmonaire avec surinfection dont témoignent : - une fièvre à 38° - 39° - des globules blancs élevés à 18200 Intubation : 36 h. Ventilation artificielle : 24 H.					
Evolution	Sort contre avis médical					
Hypothèses	Encombrement surinfecté					
Critiques	0					
Conclusions	Encombrement bronchopulmonaire surinfecté consécutif à des fractures douloureuses de trois côtes latérales.					

NOM N....	Prénom M....	Age 77 ans	ENTREE le: 27/06/74	SORTIE le: 1/07/74	Séjour 5 jours	N° 101
Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un IRC Hôpital de Lagny					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Infarctus du myocarde en 1965. Bronchite chronique +++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Furosémide, 1 comprimé par jour. Théophyline. Antibiotiques (en ville) Malade sous antivitamines K					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Détresse respiratoire avec cyanose intense RP hyperaccentuation de la trame bronchopulmonaire et image réticulonodulaire diffuse très importante témoignant d'un état particulièrment avancé de lésion bronchopulmonaire bronchitique chronique Hypoxémie persistante malgré la VA.					
Evolution	Décédé. Arrêt cardiaque irréversible					
Hypothèses	Surinfection			Décompensation terminale d'une fibro-sclérose pulmonaire		
Critiques	GB 14 400 Température 38° 1			Bronchite chronique en phase terminale dont témoigne la RP		
Conclusions	Surinfection chez un sujet bronchitique chronique porteur d'une fibrosclérose pulmonaire en phase terminale					

NOM A....	Prénom H....	Age 88 ans	ENTREE le: 29/06/74	SORTIE le: 13/07/74	Séjour 15 jours	N° 104
Diagnostic d'entrée Origine	Traumatisme thoracique avec fracture de côtes chez un IRC Service de Chirurgie de l'HFM					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Apparition au cours d'hospitalisation d'un PNO avec emphysème sous cutané qui s'étend malgré le drainage Petit épanchement pleural Vomissement sanglant Surinfection bronchopulmonaire progressive. GB 26 600 Température 40° Septicémie à germes Gram négatifs					
Evolution	Décédé. Intubation quelques heures et VA pré-mortem					
HypothèseS	Fracture de côtes. Encombrement surinfecté. PNO. Epanchement pleural					
Critiques	?					
Conclusions	Fracture de côtes ches un IRC. Encombrement et surinfection progressifs. Septicémie. PNO. Hémorragie digestive.					

NOM H....	Prénom J....	Age 55 ans	ENTREE le: 2/07/74	SORTIE le: 5/07/74	Séjour 4 jours	N° 108
Diagnostic d'entrée Origine	IRA apparue il y a 2 mois à la suite d'une anesthésie générale pour artériographie cérébrale aggravée le 2/07/74 par mg de valium					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Péricardite microbienne en 1968 suivie d'un changement de caractère du malade avec troubles du comportement, irritabilité, angoisse					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	5 mg de valium per os					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	La valium semble être responsable de la décompensation respiratoire, mais le problème de l'IRA post-anesthésique reste entier. A l'entrée dyspnée, tirage sans cyanose. Température 37° GB 10 000 RP sub normale : petit épanchement de la base droite. Gaz du sang normaux Hallucination, angoisses. Anévrysme cérébroméningé décellé à l'artériographie					
Evolution	Favorable. Persistance de la dyspnée					
Hypothèses	Expression psychiatrique d'un problème vasculaire cérébral					
Critiques	Anévrysme cérébroméningé					
Conclusions	IRA modérée après 5 mg de valium chez un sujet dyspnéique depuis 2 mois à la suite d'une anesthésie générale pour artériographie cérébrale qui décela un anévrysme artériel cérébral.					

NOM W....	Prénom A....	Age 79 ans	ENTREE le: 14/12/74	SORTIE le: 17/12/74	Séjour 4 jours	N° 110
Diagnostic d'entrée Origine	Arrêt cardiaque réanimé aux urgences de l'hôpital Franco Musulman					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Hémiplégie					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Enzymes cardiaques élevés Le malade va présenter un OAP sous ventilation artificielle avec défaillance cardiaque irréversible					
Evolution	Décédée					
Hypothèses	Infarctus du myocarde					
Critiques	Les signes typiques d'EGG manquent GB normaux. T° 39°4 puis apyrexie en 48 heures Enzymes cardiaques élevés					
Conclusions	Arrêt cardiaque réanimé ayant présenté un OAP avec défaillance cardiaque terminale sous VA.					

NOM W.... N° 110	14.12		15.12		16.12		17.12											
Température	39°4		38°2		37°		37°											
PO_2	74																	
PCO_2	36																	
pH	7.38																	
Réserve alcaline	21		26		26		27											
Hématocrite	52																	
Globules blancs	8700	90	5900		4300													
Plaquettes																		
CCMH																		
Urée																		
Plasma Na																		
Plasma K																		
Plasma Cl																		
LDH	210				400		440											
CPK	305		560		202		156											
SGOT	56		120		65		150											
Diurèse/24 h.	700		800		1400		1200											
urines Na	87				31		36											
urines K	41				47		41											
Urée																		
O_2 nasal																		
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+										
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+										
V.S.																		

NOM C....	Prénom C....	Age 18 ans	ENTREE le: 3/07/74	SORTIE le: 7/07/74	Séjour 5 jours	N° 110
Diagnostic d'entrée Origine	Oedème glottique au cours d'une rougeole grave					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)						
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Eruption morbiliforme avec râles bronchiques, image réticulomacronodulaire de la base pulmonaire gauche. Apparition progressive d'une aréflexie tendineuse avec paresthésie des extrémités. Hypotonie musculaire prédominant aux racines des membres. Troubles de la déglutition Liquide eau de roche non hypertendue à la ponction lombaire le tout faisant corriger le diagnostic On conclut à un syndrome de Guillain Barré. Température 36°8 GB 22 800					
Evolution	Décédé. Intubation 5 jours VA 5 jours					
Hypothèses	Pneumopathie en rapport avec une régurgitation		PNO iatrogène résistant au drainage		Hypoxie réfractaire	
Critiques	24 000 GB Température 39° RP en rapport				PaO2 à 30 mm de Hg sous d'O2 En rapport avec la régurgitation	
Conclusions	Guillain Barré avec hypoxie réfractaire en rapport avec une pneumopathie de régurgitation et un PNO récidivant					

NOM H...	Prénom B....	Age 67 ans	ENTREE le: 5/07/74	SORTIE le: 12/07/74	Séjour 8 jours	N° 113

Diagnostic d'entrée Origine	IRC en poussée SMUR Hôpital d'Argenteuil
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique ancienne
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée. Pâleur. Collapsus Le malade tousse et crache Râles bronchitiques dans les deux champs pulmonaires Anémie importante majorant l'insuffisance respiratoire. Le facteur déclenchant est donc une surinfection survenue en milieu hospitalier où le malade séjournait pour un pb de genou à la suite d'un AVP
Evolution	Favorable
Hypothèses	Surinfection
Critiques	GB 17 000 Signes cliniques et radiologiques en faveur
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un IRC bronchitique chronique

NOM M....	Prénom C....	Age 64 ans	ENTREE le: 22/07/74	SORTIE le: 26/07/74	Séjour 5 jours	N° 146
Diagnostic d'entrée Origine	OAP au cours d'un infarctus du myocarde avec hémorragie méningée.					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Fumeur ++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Infarctus du myocarde avec hémorragie méningée.					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	OAP. Hémorragie méningée.					
Critiques	Problèmes respiratoires majorés par une hémorragie méningée.					
Conclusions	OAP au cours d'un infarctus du myocarde. Hémorragie méningée contemporaine de l'infarctus du myocarde venant majorer des problèmes respiratoires					

NOM M.... N° 146	22.7		23.7		24.7		25.7		26.7				28.9				2.10			
Température																				
PO_2			57		82		89		62				64				67			
PCO_2			52		50		53		51				41				44			
pH			7.27		7.38		7.37		7.39				7.38				7.22			
Réserve alcaline			23.5		29		30		30				24				18.5			
Hématocrite			41		36		35						35				33			
Globules blancs													21400							
Plaquettes													176000							
CCMH													27							
Plasma Urée	0.55		0.80		0.90		0.60		0.80				0.35							
Plasma Na	142		140		141		188		144				138							
Plasma K	3.9		3.8		4.2		4.9		4.7				4.3							
Plasma Cl	102		101		102		102		104				101							
LDH	500	3100	720		1180		230		550				690							
CPK	46	88	143		180		59		87				70							
SGOT	19		300		280		270		150				50							
Diurèse/24 h.			2000		1700		1400		1200				100							
urines Na			92		62		30		51				73							
urines K			50		46		49		43				48							
urines Urée			5		7		13		11				17							
O_2 nasal			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Intubation	+	+																		
V.A.	+	+																		
V.S.			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

NOM T....	Prénom M....	Age 61 ans	ENTREE le: 22/07/74	SORTIE le: 30/07/74	Séjour 7 jours	N° 147
Diagnostic d'entrée Origine	Détresse respiratoire aigue brutale chez un parkinsonnien Service du Professeur PARAF. HFM					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Parkinson					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Collapsus cardio vasculaire : TA 5 de maxima Coma hypotonique stade 2 sans signes de localisation Anurie Opacité de la base gauche VA 48h. Intubation 72h.					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	Fausse route alimentaire			Surinfection broncho-pulmonaire		
Critiques	0			- secondaire à la fausse route - T° 39° - 23500 GB		
Conclusions	Fausse route alimentaire chez un parkinsonnien avec surinfection secondaire					

NOM H....	Prénom D....	Age 50 ans	ENTREE le: 23/07/74	SORTIE le: 15/08/74	Séjour 25 jours	N° 151

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un IRC adressée pour sub OAP quelques jours après une surinfection pulmonaire guérie. Montmorency. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire traitée par PNO en 1947 - 1949 (Rimifon. PAS. Sreptomycine)
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Traitement antibiotique poursuivi en 10 jours à l'hôpital de Montmorency : le problème de l'infection pulmonaire parait réglé Aldactazine au long cours en ville
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée. Cyanose. Quelques crépitants aux base. Asymétrie ventilatoire clinique (séquelle tuberculeuse à gauche). Oedème des membres inférieurs, reflux hépatojugulaire. Oligurie. Gros foie douloureux. RP : séquelle importante de tuberculose pulmonaire, mais peu de signes en faveur d'un OAP ou d'une surinfection. Grosse bulle d'emphysème au sommet gauche. CDS pleuraux émoussés, la ponction de plèvre ramène du sang rouge. Chute de l'hématocrite progressive. TP 18 % Alcalose métabolique démasquée sous 24 heures de VA.
Evolution	Décédé (oligoanurie, OAP, chute de l'hématocrite. HD ?

Hypothèses	Surinfection	Infarctus du myocarde	OAP	EP	Reprise tuberculeuse
Critiques	RP : non en faveur GB entre 8 000 et 10 000 Température 38°6 sous antibiotiques	Elevation discordante des enzymes cardiaques Pas de signes électriques ni cliniques en dehors de l'OAP	PV : 15 TA : 12 RP : non en faveur	LDH ELEVEES EGG : axe 90° Malade sous anti coagulants Surcharge droite	Pas de retour du bilan

Conclusions	Malade vraissemblablement surinfecté sur le plan bronchopulmonaire, mais devant le tableau clinique initial on peut s'interroger sur le rôle d'une éventuelle alcalose métabolique dans la survenue de la décompensation. EP difficile à affirmer

NOM H.... N° 151	5.7		8.7		14.7		23.7		24.7		25.7		26/7		29.7		30.7		1.8	
Température	39°		38°4				38°6		38°6		38°		38°		38°		38°5		37°8	
PO_2	>100		82						170		51		39		60		>200		140	
PCO_2	38		64		41		52				55		66		40		31		45	
pH	7.38		7.27		7.50				7.50		7.40		7.25		7.41		7.48		7.34	
Réserve alcaline	22.5		30.5		31.5		33		38.5		34		27		25		22.5		24	
Hématocrite	40		37		31		38		40		32		35		37		38		41	
Globules blancs	13700		12000		14000		12100		10000		8000		12400		10800		9100		8800	
Plaquettes	174000		122000		143000		219000		189000		180000		163000		175000		175000		207000	
CCMH	32.5		30		33				32.5		32.5		29		31.5		31.5		31	
Plasma Urée					0.20		0.50		0.15		0.15									
Plasma Na					137		120		130		137									
Plasma K					2.5		5.3		2.5		4.1									
Plasma Cl					86		>70		83		94									
Plasma CPK							76				110		61							
Plasma LDH							520				480		350							
Diurèse/24 h.							4000		1300		600		3600		1600					
urines Na					108				36		65		42		60					
urines K					37				34		34		69		16					
urines Urée					4				4		2		10		9					
O_2 nasal																				
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+									
V.A.																				
V.S.																				
Trachéotomie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

NOM L....	Prénom G....	Age 81 ans	ENTREE le: 27/07/74	SORTIE le: 29/07/74	Séjour 3 jours	N° 157

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée aigue d'IRC Service du Professeur PARAF HO (HFM)
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique. Ethylisme. IVD Tabagisme
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Décompensation cardio-respiratoire depuis 10 jours aggravée le jour de l'hospitalisation au SAS. Syndrome hypoxique hypercapnique Température 38°6 Expectoration abondante et purulente
Evolution	Favorable sous antibiotique. Transfert au HO. Intubation = 0
Hypothèses	Surinfection bronchopulmonaire
Critiques	0
Conclusions	IRA chez un IRC bronchitique par surinfection bronchopulmonaire

NOM Z....	Prénom P....	Age 28 ans	ENTREE le: 29/09/74	SORTIE le: 30/09/74	Séjour 2 jours	N° 160
Diagnostic d'entrée Origine	Pneumothorax spontané					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Aucun					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Douleur thoracique brutale droite au cours d'un effort. Dyspnée modérée. RP = PNO droit refoulant complètement le poumon droit Le drainage ramène le poumon à la paroi Le malade reste apyrétique malgré 11 900 GB le premier jour					
Evolution	Favorable. Service du Docteur SOMIA A1					
Hypothèses	PNO idopathique					
Critiques						
Conclusions	Pneumothorax spontané chez un adulte jeune Sans antécédent pulmonaire					

NOM F....	Prénom S....	Age 35 ans	ENTREE le: 10/08/74	SORTIE le: 12/08/74	Séjour 3 jours	N° 182
Diagnostic d'entrée Origine	PNO spontané					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Grand fumeur					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée avec douleur thoracique au cours d'un effort violent					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	PNO					
Critiques	A la RP présence de 2 bulles d'emphysème Mais un problème tuberculeux ne peut être exclu chez ce travailleur immigré d'autant qu'existe une opacité douteuse dans le champ pulmonaire gauche .					
Conclusions	PNO spontané exploré dans le service de médecine					

NOM G....	Prénom P.....	Age 51 ans	ENTREE le: 12/08/74	SORTIE le: 16/08/74	Séjour 5 jours	N° 186

Diagnostic d'entrée Origine	Volet thoracique chez un polytraumatisé avec lésion splénique et hépatique Hôpital d'Aulnay sous bois. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Diabète insulinodépendant
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Insuline
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Pas de problème en postchirurgical avant que le malade ne tombe de son lit et désengrène son volet thoracique ce qui justifie son transfert au SAS. L'évolution au SAS est relativement simple et favorable lorsque brutalement au 4ème jour le malade se désadapte de sa machine et décède malgré une réanimation intensive
Evolution	Décédé
Hypothèses	Pneumothorax — Infarctus du myocarde — EP
Critiques	Par dé vérification car il s'agissait d'un AVP LDH = 1200 UI Plaquettes = 70 000
Conclusions	Arrêt cardiaque par anoxie

NOM P....	Prénom A....	Age 80 ans	ENTREE le: 12/08/74	SORTIE le: 23/08/74	Séjour 17 jours	N° 187
Diagnostic d'entrée Origine	Accès de dyspnée					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	?					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Tachyarythmie avec douleur thoracique basse dyspnée et anxiété Tachycardie à 160 Pas de phlébite périphérique Surinfection en cours d'hospitalisation. Température 40°2. G B 19 000					
Evolution	Favorable sous anticoagulants.Transfert au A1 (HFM)					
Hypothèses	Embolie pulmonaire			Infarctus du myocarde		Problèmes digestifs
Critiques	Tachycardie. Axe droit à l'EGG Signe clinique d'IVD Douleur thoracique	mais pas de phlébite pas d'hémoptysie LDH subnormale 450 maximum		Pas de signes électriques ni biologique		Aucun autres signes que la douleur thoracique basse
Conclusions	Embolie pulmonaire quasi certaine Surinfection bronchopulmonaire en cours d'hospitalisation					

NOM P.... N° 187	12.8		13.8		14.8		15.8		16.8		17.8		18.8		19.8		20.8		21.8	
Température	38°2		37°4		37°4		39°		40°8				37°							
PO_2					69															
PCO_2					38															
pH					7.44															
Réserve alcaline					25.5															
Hématocrite					37															
Globules blancs			12800												19000		14600			
Plaquettes			270000		305000						337000				404000		268000		362000	
CCMH																				
Urée																				
Plasma Na																				
Plasma K																				
Plasma Cl																				
LDH	200		250		320		450								280					
CPK	25		25		34		20													
SGOT	29		55		35		30													
Diurèse/24 h.																				
Urines Na																				
Urines K																				
Urines Urée																				
O_2 nasal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Intubation																				
V.A.																				
V.S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

NOM R....	Prénom N....	Age 49 ans	ENTREE le: 20/08/74	SORTIE le: 22/08/74	Séjour 3 jours	N° 201
Diagnostic d'entrée Origine	IRA avec état de choc					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Diabète. Maladie de Hodgkin au stade de l'aplasie médullaire					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Xème séjour à l'hôpital					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Etat de choc Epistaxis : 700 CC Plaquettes inférieures à 10 000 mm^3 Fébricule GB 400 Cyanose,sueur,coma, Température 39° apparaissent rapidement					
Evolution	Malade sorti in extremis					
Hypothèse	Surinfection pulmonaire chez un sujet en aplasie médullaire.					
Critiques	GB 200					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un sujet porteur d'une aplasie médullaire Hodgkinienne au stade terminal					

NOM W....	Prénom R....	Age 75 ans	ENTREE le: 23/08/74	SORTIE le: 9/09/74	Séjour 18 jours	N° 206

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'insuffisance respiratoire aigue avec insuffisance cardiaque à prédominance droite Hôpital du Raincy. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	IRC ancien avec coeur pulmonaire chronique et bronchoemphysème
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée ; crépitants aux bases. Cyanose, sueurs IVD modérée RP : image réticulonodulaire diffuse Alcalose métabolique, hypochlorémique démasquée en 24 heures de VA, mais on ne sait rien du traitement suivi en ville avant l'hospitalisation Chute de l'Hte de 49 % à 34 % : HD ? Pas de saignement extériorisé
Evolution	Décédé. Intubation 6 jours. Trachéo 9 jours. VA 15 jours
Hypothèses	Surinfection Alcalose métabolique
Critiques	13 600 GB Température 37°6 sous antibiotiques RP : pas de signe de surinfection Hypochlorémie à 78 meq pH 7,40 Zone 5 du diagramme de V.Y. de Strihou
Conclusions	A l'arrivée au SAS la surinfection est patente mais elle ne paraît pas aussi évidente au moment de l'hospitalisation au Raincy. Aussi peut-on imaginer le rôle de l'alcalose métabolique dans la survenue de la décompensation respiratoire, ceci sans certitude.

NOM W.... N° 206	23.8		26.8		28.8		1.09		2.09		3.09		5.09		6.09		7.09		9.09	
Température	37°6		37°7		37°6				37°7		36°8		37°2		37°4					
PO_2	30		54		83	48			73		77		57		77					
PCO_2	58.5		80		50	52			42		51		80		60					
pH	7.46		7.30		7.46	7.40			7.39		7.33		7.20		7.31					
Réserve alcaline	41.1		40		35	31.5			25		26.5		32		30.5		30			
Hématocrite			49		47	45			35		40		45		36		32			
Globules blancs			10800		9000				6700		8300		14900				6700			
Plaquettes																				
CCMH			28.5		30				29		29		28							
Urée	0.30		0.30																	
Plasma Na	135		136														0.55			
Plasma K	3.9		5.1		4.7		3.8				4.6		4.5		5.3		144			
Plasma Cl	78		89		94		98				98		98		100		4.5			
LDH											230						99			
CPK											93									
Diurèse/24 h.																				
urines Na																				
urines K																				
Urée																				
O_2 nasal	+	+	+																	
Intubation			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.A.			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.S.	+	+	+																	

NOM E...	Prénom A....	Age 63 ans	ENTREE le: 25/08/74	SORTIE le: 28/08/74	Séjour 4 jours	N° 212
Diagnostic d'entrée Origine	Etat de mal asthmatique Centre hospitalier Saint Denis = SMUR					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Obèse. Erythrosique. Insuffisant rénal chronique. Goutteux Vomissements au cours de son séjour au centre hospitalier					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Lasilix intraveineux. Carena. Gédilamide au centre hospitalier de Saint Denis					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée permanente expiratoire avec tachypnée sans toux ni expectoration EGG : normal . Oédèmes mais RA : 4 Glycémie : 3g urée : 2,9 = Acidose métabolique avec composante respiratoire (anoxie de 15 à 20' d'après le SMUR) = Acidose lactique ou acidose rénale Lactates nx 13 Urée 2.90 K 4					
Evolution	Ventilation artificielle à la demande. Bronchospasme cédant mal aux corticoïdes. Anurie brutale le 25 au soir = dialyse péritonéale OAP le 27/8/. 2 collapsus arrêt cardiaque. Décédé le 5/9/74					
Hypothèses	Crise d'asthme + Insuffisance rénale avancée en poussée terminale = acidose métabolique					
Critiques						
Conclusions	Asthme en poussée chez un insuffisant respiratoire chronique + acidose rénale chez un urémique en phase terminale.					

NOM L....	Prénom M....	Age 56 ans	ENTREE le: 26/08/74	SORTIE le: 28/08/74	Séjour 3 jours	N° 213
Diagnostic d'entrée Origine	Pneumopathie aigue Kalherienne					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tabagisme ++ Ethylisme. Bronchite chronique. Maladie de Kalher compliquée d'un obstacle rachidien (D 10 D 11) opéré en juin 1974					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Corticoïdes. Alkérant					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Tableau de pneumopathie VS 141. Gamma globuline = 60 %. Recherche de protéines de Bence Jones négatives. IgG monoclonale à l'immunoélectrophorèse. Plasmocytes au myelogramme. Calcémie à 90. GB 2 000					
Evolution	Décédé					
Hypothèse	Pneumopathie aigue au cours d'une maladie de Kalher					
Critiques	0					
Conclusions	Pneumopathie aigue au cours d'une maladie de Kalher en phase terminale					

NOM P....	Prénom H....	Age 71 ans	ENTREE le: 31/08/74	SORTIE le: 2/09/74	Séjour 3 jours	N°224
Diagnostic d'entrée Origine	Décompensation chez un IRC SMUR. Maison de retraite de Fontenay					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	IR chronique					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Tableau clinique et radiologique de pneumonie GB 11 900 Intubation : 2 jours VA : 2 jours					
Evolution	Favorable dans l'immédiat. Transfert dans le service du Professeur SORS (Salpétrière)					
Hypothèse	Pneumonie					
Critiques	RP : opacité de tout le poumon droit					
Conclusions	Pneumonie responsable d'une IRA chez un IRC					

NOM G....	Prénom J....	Age 77 ans	ENTREE le:1/09/74	SORTIE le: 30/09/74	Séjour 31 jours	N° 225
Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un IRC Hôpital de Montreuil transfert assuré par le SMUR					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchoemphysémateux chronique déjà décompensé plusieurs fois. Retentissement cardiaque important tabagisme ++++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Acétazolamide (diamox)					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Asphyxie. VA immédiate. Amélioration en 3 jours, le malade fera encore deux épisodes de décompensation nécessitant l'intubation puis extubation définitive est possible. A l'ECG bloc incomplet de branche droite. Par ailleurs subnormal Intubation 15 jours VA 10 jours. T = 0					
Evolution	Favorable malgré un ulcère de stress au 5ème jours sous bird. Sortie au domicile					
Hypothèse	Surinfection bronchopulmonaire			EP		
Critiques	Température 38° 16 100 GB RP en faveur			Pas d'élèment en faveur d'une EP		
Conclusions	IRA chez un IRC par surinfection. Ulcère de stress sous bird.					

NOM G .... N° 225	1.9		2.9		3.9		4.9		5.9		10.9		14.9		17.9		19.9		21.9	
Température	38°		37°8		37°6		37°4		38°1		39°		39°		38°		37°		37°2	
PO_2	56.5		65		47		47		78		63		66		61		58		61	
PCO_2	62		38		48		53		60		55		51		52		56		48	
pH	7.26		7.45		7.40		7.38		7.38		7.33		7.29		7.27		7.24		7.26	
Réserve alcaline	27		26		29.5		31.5		36		29		24		24		25		21.5	
Hématocrite	64		65		64		61		53		40		35		38		43		40	
Globules blancs			16100		16700		12700		12000		12200		13100		8600		5700		6200	
Plaquettes			154000		161000		140000		127000		206000		209000		241000		195000		201000	
CCMH																				
Urée	0.40		0.50		0.50		0.80		1.35		0.60		0.60		0.80		1.10		1.10	
Plasma Na	136		136		140		140		146		141		136		140		141		137	
Plasma K	4.9		2.9		2.3		3		3.5		4		4.4		4.2		4.3		4.2	
Plasma Cl	96		85		93		91		91		101		105		108		106		106	
LDH					255												570		130	
CPK																				
Diurèse/24 h.			1100																	
urines Na			72				15				98		60							
urines K			59				94				18		34							
urines Urée			7				11				4		12							
O_2 nasal											+		+		+		+		+	
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+			+					
V.S.											+		+	+		+	+	+	+	+

NOM B....	Prénom J....	Age 74 ans	ENTREE le: 3/09/74	SORTIE le: 12/09/74	Séjour 10 jours	N° 230
Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un insuffisant respiratoire chronique Evreux SMUR. Hélicoptère					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique ancien. Diabète mal équilibré					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée. Cyanose. Sueurs. Amélioration rapide après intubation etventilation sous Airox. Mais intubation sélective avec poumon gauche radiologiquement opaque et signes d'atelectasie Apparition d'une hémorragie digestive de petite abondance en cours d'hospitalisation Tendance à l'OAP					
Evolution	Décédé. Intubation : 5 jours. Trachéotomie : 5 jours. VA : 10 jours					
Hypothèses	Surinfection plus atélectasie par intubation sélective OAP					
Critiques	GB 8 100 mais 94 % de polynucléaires neutrophiles Température 38°6 RP en rapport Hypoalbuminémie à 20g/litre venant favoriser une tendance à l'OAP					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un IRC diabétique aggravée par une atélectasie du poumon gauche (intubation sélective droite) et une tendance à l'OAP majorée par une hypoalbuminémie					

NOM M....	Prénom M....	Age 62 ans	ENTREE le: 13/09/74	SORTIE le: 14/10/74	Séjour 32 jours	N° 242
Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un bronchitique chronique					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Mal de Pott dorsal traité depuis Avril 1973 (spondylodicite D4 D5)					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Antituberculeux					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Encombrement bronchopulmonaire +++ Expectoration mucopurulente Insuffisance cardiaque globale. A l' ECG signe d'ischémie VA instituée d'emblée. Sevrage impossible En cours d'hospitalisation, le malade fait un choc septique réversible. GB 30 000 sous Keflin et Gentalline et un OAP avec une PV à 30 cm d'eau Alcalose métabolique démasquée par 48 heures de VA. Zone 5 du diagramme de V.Y. de Strihou.					
Evolution	Décédé. VA 32 jours Intubation 5 jours Trachéotomie 25 jours					
Hypothèse	Surinfection broncho pulmonaire					
Critiques	GB élevés Fièvre Expectoration mucopurulente Clinique et radiolologie pulmonaire de surinfection					
Conclusions	IRA par surinfection pulmonaire chez un tuberculeux osseu traité sans signe évident de séquelle tuberculeuse pulmonaire d'une primo infection tuberculeuse ancienne					

NOM M.... N° 242	13.09		14.09		19.09		21.09		23.09	
Température	37°2		37°4		37°4		38°6			
PO_2	60		58		96		190			
PCO_2	75		68		60		48			
pH	7.28		7.40		7.30		7.26			
Réserve alcaline	30.6		41.5		30		21.5			
Hématocrite	56		59		57		46			
Globules blancs	8100		12100		10700		9100			
Plaquettes										
CCMH	29		29.5		35		32			
Urée	0.85									
plasma Na	130									
plasma K	4.5									
plasma Cl	87									
LDH	570									
CPK	52									
Diurèse/24 h.	2100									
urines Na										
urines K										
Urée										
O_2 nasal			+	+	+	+	+	+	+	+
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.S.			+	+	+	+	+	+	+	+

NOM D...	Prénom P...	Age 40 ans	ENTREE le: 17/09/74	SORTIE le: 19/09/74	Séjour 3 jours	N°253
Diagnostic d'entrée Origine	Etat de mal asthmatique					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthme ancien suivi traité. Insuffisance respiratoire chronique modéré					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Etat de mal asthmatique manifeste. A l'arrivée 9 800 GB qui vont augmentés jusqu'à atteindre 18 000 Le malade restera apyrétique					
Evolution	Favorable					
Hypothèse	Etat de mal asthmatique contemporain d'un épisode infectieux pulmonaire					
Critiques	0					
Conclusions	Etat de mal asthmatique chez une asthmatique ancienne suivie, traitée, vraissemblablement déclenché par un épisode infectieux pulmonaire à son début					

NOM S....	Prénom A....	Age 63 ans	ENTREE le: 20/09/74	SORTIE le: 6/10/74	Séjour 17 jours	N° 258
Diagnostic d'entrée Origine	Détresse respiratoire aigue chez un cirrhotique décompensé Clinique. Transport effectué par le SMUR vers le service du Professeur TRICOIRE au HFM. Transfert au SAS					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tabagisme+++ Obésité ++ Bronchite chronique. Coeur pulmonaire chronique. Ethylisme. Ascite ++++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Furosémide et aldactazine en ville. 3 ampoules de furosémide aux urgences du HFM. 12 heures avant le transfert au SAS.					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée, cyanose, sueurs. Coeur pulmonaire chronique à l'ECG RP : opacités diffuses des 2 bases Décompensation oedématoacitique de la cirrhose ++++ Poussée d'insuffisance hépatocellulaire. (le malade ne semble pas avoir reçu de Diamox avant l'hospitalisation). TP : 25 % Mise sous VA d'emblée. Malade insevrable. Troubles de la crase sanguine. Chute de l'Hte. HD ?					
Evolution	Décédé. VA 17 jours. Intubation 8 jours. Trachéotomie 11 jours					
Hypothèses	Surinfection bronchopulmonaire Ascite					
Critiques	GB 11 600 Température 37°4 RP de surinfection Facteur aggravant très important Ascite très volumineuse					
Conclusions	Détresse respiratoire aigue chez un bronchitique chronique présentant une surinfection broncho-pulmonaire et une ascite très volumineuse					

NOM D....	Prénom R....	Age 42 ans	ENTREE le: 25/09/74	SORTIE le: 1/10/74	Séjour 11 jours	N°266
Diagnostic d'entrée Origine	Pneumothorax spontané					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthme invoqué					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Douleur thoracique importante avec dyspnée un mois auparavant Episode bactériémique en cours d'hospitalisation, vraissemblablement en rapport avec la présence du drain thoracique. Température 40°4 (clocher thermique isolé, unique) sans élévation des GB					
Evolution	Favorable sous drainage					
Hypothèse	PNO par rupture de bulle d'emphysème					
Critiques	A la RP thorax emphysémateux					
Conclusions	PNO spontané exploré dans le service de médecine					

NOM B....	Prénom C....	Age 76 ans	ENTREE le: 7/10/74	SORTIE le: 7/10/74	Séjour 3 jours	N° 273
Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un IRC Hôpital de Saint Denis - transfert assuré par le SMUR					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire et vertébrale en 1946. Ethylisme++ IRC Tabagisme					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée intense sans sueur ni cyanose. Signes de surcharge ventriculaire droite. Gros foie douloureux reflux hépatojugulaires. ECG Tachyarythmie avec axe ; hyperdroit fibrillation auriculaire. Bloc de branche droit. Signe d'ischémie lésion dans le précordium droit. Gaz du sang satisfaisants sous oxygène nasal. Malade sous anticoagulants					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	Surinfection		Embolie pulmonaire		Infarctus du myocarde	
Critiques	Température 37°5 sous antibiotiques GB 20 800 Toux expectoration purulente, gros râle bronchique		LDH normales Pas de symptomatologie thoracique douloureuse		Enzymes cardiaques normaux Pas de signes ECG de nécrose	
Conclusions	Surinfection pulmonaire chez un IRC avec anxiété très importante avec refus de s'alimenter					

NOM B....	Prénom E....	Age 52 ans	ENTREE le: 2/10/74	SORTIE le: 18/10/74	Séjour 17 jours	N° 278
Diagnostic d'entrée Origine	Coma prolongé après délirium tremens Service A 3 au HFM					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Ethylisme +++ Perte de connaissance avec perte des urines et morsure de langue 10 jours auparavant (Insuffisance hépatique modérée)					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	DT traité par sérum salé, dropéridol, diazépam 620 mg en un jour					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Encombrement bronchopulmonaire important nécessitant une intubation aspiration +++ Hyperthermie avec hypernatrémie iatrogène (sérum salé) Surinfection pulmonaire clinique et biologique. Aspiration trachéale purulente Intubation 10 jours VA 2 jours					
Evolution	Arrêt cardiaque en cours d'hospitalisation. Evolution favorable					
Hypothèses	Dépression respiratoire iatrogénique avec encombrement +++ surinfecté					
Critiques	Température 39° GB 18 700					
Conclusions	Valiumisation excessive sur un DT. Surinfection secondaire					

NOM S...	Prénom C...	Age 44 ans	ENTREE le: 4/10/74	SORTIE le: 5/10/74	Séjour 2 jours	N° 279

Diagnostic d'entrée Origine	Dyspnée aigue survenue après injection d'ozothine et de pénicilline chez un IRC Service du Docteur Somia A2
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	PCE. Tuberculose pulmonaire en 1965. Pleurésie chyleuse. Asthme modéré
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Cortancyl *
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Le malade présente une dyspnée aigue du type inspiratoire rapidement améliorée par HSHC Rares sibilants à l'auscultation Températures 37°8 . GB 76 000. ECG Bloc incomplet de branche gauche
Evolution	Favorable
Hypothèse	Réaction bronchique allergique
Critiques	Survenue rapide après injection d'ozothine et de pénicilline Action rapide efficace des corticoïdes
Conclusions	Réaction bronchique allergique médicamenteuse de type asthmatiforme chez un IRC après injection d'ozothine et de pénicilline

NOM R....	Prénom Y....	Age 45 ans	ENTREE le: 6/09/74	SORTIE le: 10/09/74	Séjour 5 jours	N° 284
Diagnostic d'entrée Origine	Détresse respiratoire chez un sujet porteur d'un cancer du larynx					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Cancer du larynx					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Cobaltothérapie					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Cyanose. Sueur ++ Dyspnée. Coma hypercapnique TA 17/10 GB 16 000					
Evolution	synacthène * Intubation 2 heures. VA 2 heures. Evolution favorable en quelques heures. sorti domicile					
Hypothèses	Oedème laryngé			Mucite post-radiothérapique		
Critiques	Amélioration sous synacthène *					
Conclusions	Oedème laryngé ou mucite post-radiothérapique chez un sujet porteur d'un cancer du larynx					

NOM G....	Prénom G....	Age 36 ans	ENTREE le: 17/10/74	SORTIE le: 22/10/74	Séjour 6 jours	N° 300
Diagnostic d'entrée Origine	Etat de mal asthmatique avec arrêt respiratoire					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthme (3 ans) Ethylisme					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Corticoïdes					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Sibilants diffus. Hypoxie normocapnique. Radio pulmonaire : thorax noir Arythmie (anoxique) qui disparaît sous ventilation articielle Globules blancs très élevés mais évolution concomittante du phlegmon					
Evolution	favorable mais apparition d'un phlegmon du plancher de la bouche qui s'ouvre spontanément = ORL					
Hypothèse	Asthme					
Critiques						
Conclusions	Asthme. Etat de mal					

NOM N....	Prénom E....	Age 60 ans	ENTREE le: 22/10/74	SORTIE le: 9/11/74	Séjour 19 jours	N° 310
Diagnostic d'entrée Origine	PNO spontané					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique Coeur pulmonaire chronique					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Drainage thoracique à l'hôpital d'Eaubonne Lasilix en ville un comprimé par jour					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	A l'arrivée syndrome d'hypoxemie hypercapnique. Surinfection bronchopulmonaire. Sibilants dans les 2 champs pulmonaires. Le jour même brusque accès de détresse réspiratoire avec dyspnée expiratoire et sibilants A l'EGG aspect de coeur pulmonaire aigu. Température 38°2. 17 000 GB RP : Gros hile droit Pas de signe périphérique de phlébite Alcalose métabolique hypochlorémique avec hypercapnie démasquée au deuxièle jour de VS					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	PNO		Surinfection		Embolie pulmonaire	
Critiques	Certain au début		Apparue en cours d'hospitalisation		Apparue en cours d'hospitalisation coeur pulmonaire aigu à l'EGG scintigraphie pulmonaire en faveur d'EP bilatérales pas de phlébite	
Conclusions	Pneumothorax d'origine indéterminée peut être survenu sur un terrain emphysémateux surinfecté en cours d'hospitalisation avec suscipicion non confirmée d'EP bilatérales chez un IRC					

NOM N.... N° 310	22.10		23.10		24.10/		25.10		28.10		29.10		30.10		2.11		5.11		8.11	
Température	37°		38°2		37°		37°		37°2		37°		36°8		37°		37°		37°	
PO_2					73		41		57		39		87		50		59		62	
PCO_2					110		86		72		71		99		74		65		62	
pH					7.22		7.34		7.30		7.37		7.24		7.38		7.30		7.32	
Réserve alcaline					46		46		36		41		43				32.5		32	
Hématocrite					61						52		50				55		50	
Globules blancs			17500		13500		15000		13600								13600		8100	
Plaquettes			150000		174000		184000		206000								229000		194000	
CCMH																				
Urée																				
Plasma Na																				
Plasma K	4.3		4.4		4.6		3.1		3.8		4.9						4.1			
Plasma Cl	86		90		90		83		94		90						96			
LDH					150		200		180		150									
SGOT CPK	Normaux.																			
Diurèse/24 h.																				
urines Na																				
urines K																				
Urée																				
O_2 nasal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Intubation																				
V.A.																				
V.S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

NOM S....	Prénom E....	Age 74 ans	ENTREE le: 31/10/74	SORTIE le: 2/11/74	Séjour 3 jours	N° 321
Diagnostic d'entrée Origine	Dyspnée aigue Hospitalisé dans le service du Pr. Somia le 10.10.74 pour une infection urinaire					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Accidents vasculaires cérébraux en 1974 et 1975 avec hémiplégie droite puis gauche Infection pulmonaire à pyocyanique en aout 1974					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Syndromes infectieux sévère : 25000 GB, T° à 38°5 Syndrome de déshydratation globale avec insuffisance rénale fonctionnelle. PV inférieure à 0 Syndrome dyspnéique aigu +++ RP sub normale Après une amélioration clinique et biologique sous réanimation le malade extériorise une hémorragie digestive foudroyante					
Evolution	Décédé					
Hypothèse	Déshydratation majeure au cours d'un syndrome infectieux généralisé Dypsnée +++ Surinfection progressivement globale. Température 39°8 33 600 GB					
Critiques	0					
Conclusions	Dyspnée intense chez un homme de 74 ans secondaire à une déshydratation majeure au cours d'une surinfection généralisée. Décés précipité par une hémorragie digestive foudroyante					

NOM L....	Prénom ML....	Age 74 ans	ENTREE le: 4/11/74	SORTIE le: 5/11/74	Séjour 2 jours	N° 327
Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'insuffisance cardiaque. Hôpital Franco Musulman. Service HO					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Pleurésie d'étiologie indéterminée il y a 20 ans. Congestion pulmonaire en 1969. Bronchite chronique. Hypertension artérielle permanente.					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Acylanide. Aldomet.					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Oedème aigu du poumon d'intensité modéré. Oedèmes des membres inférieurs. Tachycardie avec galop gauche à l'auscultation. A l'EGG extrasystoles ventriculaires. Inversion de l'onde T avec ST négatif dans les dérivations précordiales de V3 à V6. RP : thorax clair, CDS pleuraux émoussés - gros coeur sans signes d'hypertension artérielle pulmonaire.					
Evolution	Rapidement favorable sous digitaliques et diurétiques. Passage au HO.					
Hypothèse	OAP					
Critiques	Au cours d'une poussée d'insuffisance cardiaque sans signes d'infarctus du myocarde.					
Conclusions	OAP au cours d'une poussée d'insuffisance cardiaque dont le facteur déclenchant n'a pu être préciser.					

NOM P....	Prénom G....	Age 49 ans	ENTREE le: 5/11/74	SORTIE le: 6/11/74	Séjour 2 jours	N° 328
Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un IRC au cours d'un coma éthylique Hôpital de Lagny					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire traitée en 1943 par PNO. Récidive en 1953. IRC Ethylisme +++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Le malade est intubé et conscient au SAS EP image séquellaire de tuberculose pulmonaire : pachypleurite, calcification Au début fébricules sans hyperleucocytose puis GB 26 000 avec apyrexie sous antibiotiques ECG axe droit dextrorotation LDH légèrement augmentée					
Evolution	Favorable.Intubation un jour VA = 0					
Hypothèse	IRA au cours d'une intoxication éthylique aigue avec surinfection bronchopulmonaire en cours d'hospitalisation					
Critiques						
Conclusions	IRA chez un IRC au cours d'une intoxication aigue éthylique avec surinfection secondaire					

NOM P....G... N° 328	5.11		6.11		7.11		8.11													
Température	37°7		38°		37°															
PO_2			53		61															
PCO_2			66		62															
pH			7.41		7.34															
Réserve alcaline	32		41.5		33.5															
Hématocrite	51		46		46															
Globules blancs			24600		21000															
Plaquettes																				
CCMH																				
Urée	0.60		0.40		0.35															
Plasma Na	126		136		144															
Plasma K	4.8		5.1		4.2															
Plasma Cl	72		83		96															
LDH	435		455		350															
Diurèse/24 h.	2500		2500		2000															
urines Na	13		3		27															
urines K	52		26		36															
Urée	7		9		8															
O_2 nasal	+		+	+	+	+	+	+												
Intubation	+	+																		
V.A.	+	+																		
V.S.	+		+	+	+	+	+	+												

NOM E....	Prénom A....	Age 56 ans	ENTREE le: 5/11/74	SORTIE le: 20/11/74	Séjour 16 jours	N° 329

Diagnostic d'entrée Origine	Décompensation aigue d'une IRC avec IVD sur coeur pulmonaire chronique Service du Professeur PARAF. HFM
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthmatique ancien connu traité par Ventoline.* Bronchite chronique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Ventoline *
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée, cyanose, sueurs, tachycardie Fièvre. GB 26 000, Expectoration purulente ++. Auscultation : râles bronchiques et crépitants diffus. A l'ECG : tachycardie sinusale avec troubles de la repolarisation diffus sans élévation des enzymes Signes de surcharge droite Confusion mentale Gaz du sang. Acidose respiratoire
Evolution	Favorable. Retour dans le service du Professeur PARAF. HFM
Hypothèse	Pneumonie bilatérale
Critiques	Température 38° 6 GB 26 000 Expectoration mucopurulente Râles et crépitants diffus RP de surinfection Amélioration sous antibiotiques
Conclusions	Décompensation respiratoire aigue sur le mode asthmatiforme par surinfection pulmonaire chez un IRC asthmatique bronchitique chronique

NOM L....	Prénom ML....	Age 74 ans	ENTREE le: 7/11/74	SORTIE le: 19/11/74	Séjour 13 jours	N° 331
Diagnostic d'entrée Origine	Nouvelle poussée d'insuffisance cardiaque avec OAP HFM Service HO					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Pleurésie d'étiologie indéterminée il y a 20 ans. Congestion pulmonaire en 1969. Bronchite chronique. Hypertension artérielle permanente.					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Acylanide*. Aldomet*. Lasilix*.					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Impression clinique d'oedème aigu du poumon. Tableau biologique d'acidose respiratoire. A l'EGG : tachycardie sinusale avec quelques extrasystoles ventriculaires. RP : compatible avec un OAP encore que non typique. Petit épanchement pleural droit. Apyrexie. GB 20 000 Une ponction pleurale pratiquée au HO a ramené 150 CC d'un liquide citrin. Apparition d'un alcalose métabolique sous furosémide (Lasilix) en cours d'hospitalisation.					
Evolution	Favorable sous O2. Digitaliques, diurétique, aminophyline, antibiotiques. Passage au HO.					
Hypothèse	OAP	Surinfection	EP	Idu M	Suspicion de cancer du sein infecté.	
Critiques	RP compatible sous crépitants aux 2 bases. Mais à l'entrée PV entre 6 et 9 NA/K urinaire<1 TA 16	40 000 GB mais apyrexie RP non en rapport Pas de toux Pas d'expectoration	Rien en faveur sauf plaquettes diminuées en cours d'hospitalisation et LDH elevées	Rien en faveur	qui viendrait expliquer l'hyperleucocytose. Discrète opacité pulmonaire droite faisant suspecter une dissémination métastatique	
Conclusions	Le résultat clinique laisse à penser que la décompensation respiratoire était d'origine cardiaque (OAP) majorée par la présence d'un épanchement pleural.					

NOM L... N° 331	6/11	8/11	9/11	12/11	13/11	15/11	16/11	17/11	18/11	19/11
Température	37°8	38°	37°6	38°8	38°8	38°4	37°6	37°	37°2	37°2
PO_2	48	78	84	70	68	71	53			
PCO_2	80	90	66	61	78	70	60			
pH		7.24	7.37	7.37	7.29	7.37	7.49			
Réserve alcaline		39.5	44	36	38	40.5	45	36		
Hématocrite	51	50	46	45	42	36			41	41
Globules blancs	20300	21000	26800	42200	34200	27900	22900	25700		
Plaquettes	328000	226000	200000	102000	104000	90000		179000	245000	330000
CCMH		28.5	29	30	28	29				
Plasma — Urée	0.90			0.50				0.45		
Plasma — Na	142			146				140		
Plasma — K	4.4.			3.1				4.7		
Plasma — Cl	88			95				90		
Diurèse/24 h.		2100	1500		1000			900		
urines — Na		5	75					105		
urines — K		16	39					32		
urines — Urée		13	16					9		
LASILIX *		2c	1 a	3 a	3 c	3 c	2 c			
O_2 nasal	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+	+ +	+ +
Intubation										
V.A.										
V.S.										

NOM S....	Prénom N....	Age 53 ans	ENTREE le: 10/11/74	SORTIE le: 9/12/74	Séjour 30 jours	N° 337
Diagnostic d'entrée Origine	Insuffisance respiratoire aigue décompensée chez un IRC					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Obésité ++++ IRC.					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Détresse respiratoire. Cyanose +++ VA immédiatement entreprise Signes cliniques électriques et radiologiques de surcharge ventriculaire droite. Oedème pleurésie gauche Bloc auriculo ventriculaire du 1er degré. LDH 400, plaquettes 80 000, lipides 6,50 g, pas de phlébite périphérique. Température 37°6, GB 8 100 Au 7ème jour température 38°2 avec 14 200 GB, venant témoigner d'une surinfection secondaire.					
Evolution	Favorable, malgré la surinfection et un syndrome de CIVD, en cours d'hospitalisation					
Hypothèses	Embolie pulmonaire			Surinfection		
Critiques	A l' EGG axe droit, BBD, tachycardie sinusale. Oedème des membres inférieurs, oligurie, gros foie douloureux, épanchement pleural gauche. LDH 400, chute des plaquettes 80 000, elles reviendront à un chiffre normal sous anti-coagulants. Pas de phlébite périphérique			Secondaire. Apparue dès le 4ème jour de VA, fièvre, hyperleucocytose.		
Conclusions	Embolie pulmonaire très probable chez une insuffisance respiratoire chronique obèse. Pas de scintigraphie pulmonaire.					

NOM S... N° 337	10.11		11.11		12.11		13.11		14.11		15.11		16.11		17.11		18.11		19.11	
Température	37°6		37°6		37°6		37°6		38°		38°		38°2		38°6		37°6		38°6	
PO_2					66		67		78		78		65				79		63	
PCO_2					78		40		52		64		67				62		62	
pH					7.31		7.48		7.38		7.32		7.30				7.35		7.31	
Réserve alcaline	40				43		34		34		34		34				36		31.5	
Hématocrite	53		49		53		52		55		53		60				50		49	
Globules blancs					8100		7300		7400		11800		14300				8100		8000	
Plaquettes					79000		82000		78000		80000		98000				129000		156000	
CCMH																				
Plasma Urée																				
Plasma Na																				
Plasma K																				
Plasma Cl																				
LDH					400		325		305		290								193	
Diurèse/24 h.																				
urines Na																				
urines K																				
urines Urée																				
O_2 nasal																				
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+												
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.S.																				
Trachéotomie,									+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

NOM S.... N° 337	21.11		22.11		23.11		24.11		25.11		26.11		27.11		28.11		29.11		30.11	
Température	37°2		37°4		38°		37°6		37°2		37°1		37°4		37°2		37°		37°	
PO_2	87		62		74				60		41		52				59			
PCO_2	65		48		68				60		56		54				56			
pH	7.26		7.38		7.24				7.28		7.34		7.32				7.32			
Réserve alcaline																				
Hématocrite	47		43		41				45		46		45		45				43	
Globules blancs	10 000		10 000		6 800				7 300		8 100		8 900		9 300				8 200	
Plaquettes	14 5000				13 0000				20 5 000		241000		293000		336000				304 000	
CCMH																				
Urée																				
Plasma Na																				
K																				
Cl																				
LDH	200								140											
Diurèse/24 h.																				
urines Na																				
K																				
Urée																				
O_2 nasal																				
Intubation																				
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V.S.																				

NOM S.... N... N° 337	2.12	3.12	4.12	5.12	6.12	7.12	8.12	9.12		
Température	37°3	37°	36°6	37°	36°7	37°	36°6			
PO_2	64	60	59	60	59	62				
PCO_2	49	49	49	50	51	52				
pH	7.35	7.35	7.36	7.35	7.34	7.35				
Réserve alcaline	27	27	27.5	27.5	27.5	28				
Hématocrite	43	46	48	46	44	46				
Globules blancs	10000	10000	7800		7700					
Plaquettes		251000	232000		258000			133000		
CCMH										
Urée										
Plasma Na										
K										
Cl										
LDH			210		200					
Diurèse/24 h.										
Urines Na										
K										
Urée										
O_2 nasal	+	+	+	+	+	+	+	+		
Intubation										
V.A.										
V.S.	+	+	+	+	+	+	+	+		

NOM T....	Prénom A....	Age 49 ans	ENTREE le: 22/11/74	SORTIE le: 23/11/74	Séjour 2 jours	N° 353
Diagnostic d'entrée Origine	Complication respiratoire d'une anesthésie générale HFM					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Cancer bronchopulmonaire					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Sujet à fonction respiratoire limite					
Evolution	Favorable					
Hypothèse	Atteinte des fonctions respiratoires en rapport avec un cancer bronchopulmonaire décompensé par une anesthésie générale pour bronchoscopie					
Critiques						
Conclusions	Sujet porteur d'un cancer bronchopulmonaire à fonction respiratoire limite décompensé par une anesthésie générale pour bronchoscopie					

NOM T....	Prénom C.....	Age 58 ans	ENTREE le: 3/12/74	SORTIE le: 6/12/74	Séjour 6 jours	N° 368
Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un bronchitique chronique					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	IRC. Altération récente de l'état général. Insuffisance rénale chronique en poussée					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Bicarbonate. Kayexalate (RA = 9 meq K = 6,7 meq)					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Toux expectoration purulente. Dyspnée Nombreux crépitants à l'auscultation					
Evolution	Décédé. Intubation 3 jours. Trachéotomie 3 jours VA 5 Jours					
Hypothèse	Surinfection					
Critiques	Syndrome clinique et radiologique en faveur d'une surinfection 17 900 GB					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un bronchitique chronique					

NOM T...	Prénom A.....	Age 56 ans	ENTREE le: 15/12/74	SORTIE le: 28/12/74	Séjour 14 jours	N° 388

Diagnostic d'entrée Origine	IRA chez un IRC H3 service du Professeur PARAF		
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Dégénérescence cerebelleuse. Hémiplégie. Bronchite chronique		
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Antibiotiques		
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Fièvre 39°, Râles bronchiques et crépitants à l'auscultation Expectoration purulente		
Evolution	Décédé. Intubation = 3 jours VA = 3 jours		
Hypothèses	Surinfection	Infarctus du myocarde	EP
Critiques	Certaines Encombrement +++	Elevation des enzymes : SGOT = 90 CPK = 225 mais pas de signes à l'ECG	LDH = 700 Pas de signes ECG pas de phlébite
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un sujet déficient porteur d'une dégénérescence cérébelleuse IRC.		

NOM T.... N° 388	15.12	16.12	17.12	18.12	19.12	20.12	21.12	22.12	23.12	24.12
Température	37°6		39°							
PO_2										
PCO_2										
pH										
Réserve alcaline										
Hématocrite										
Globules blancs										
Plaquettes		99000		99000	114000		202000		176000	260000
CCMH										
Urée										
Plasma Na										
K										
Cl										
LDH	700				440		290			
CPK	255				110		63			
SGOT	90				78		35			
Diurèse/24 h.										
urines Na										
K										
Urée										
O_2 nasal										
Intubation										
V.A.										
V.S.										

NOM R....	Prénom F....	Age 67 ans	ENTREE le: 18/12/74	SORTIE le: 27/12/74	Séjour 10 jours	N°392
Diagnostic d'entrée Origine	Décompensation cardiorespiratoire aigue Montfermeil					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Infarctus du myocarde en 1963. Bronchopathe chronique décompensé en 1971-72-73 (asthme ancien)					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Syndrome grippal (leucopenie) entrainant une décompensation cardiorespiratoire aigue. Polypnée, hypoxie, hypercapnie Encephalopathie respiratoire Nombreux râles bronchiques et sibilants. Température 38°9 Signes de surcharge droites + IVG Hypoxie persistante inférieure à 60 mmhg					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	Syndrome grippal + surinfection			sub OAP + asthme		
Critiques						
Conclusions	Surinfection pulmonaire avec décompensation cardiaque et asthme cardiaque post -grippale					

NOM P....	Prénom C....	Age 60 ans	ENTREE le:18/12/74	SORTIE le: 26/12/74	Séjour 9 jours	N° 393

Diagnostic d'entrée Origine	IRA
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchite chronique, asthme, emphysème
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Cyanose polypnée, sueurs, agitation Dyspnée asthmatiforme. A l'auscultation : crépitants aux 2 bases, ronchus et sibilants respiratoires Signes cliniques de surcharge ventriculaire droite. ECG subnormal Gaz du sang : acidose respiratoire
Evolution	Favorable. Transfert à l'hôpital de Créteil. Service du Professeur Chrétien
Hypothèse	Surinfection
Critiques	GB 21 000 Température 37° 2 RP : image réticulaire diffuse
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un IRC asthmatique et emphysémateux avec dyspnée de type asthmatiforme

NOM L....	Prénom M....	Age 75 ans	ENTREE le: 29/12/74	SORTIE le: 6/01/75	Séjour 9 jours	N° 404

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA chez un IRC
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique emphysémateux avec coeur pulmonaire chronique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Toux productive sibilants à l'auscultation RP : parenchyme très remanié cliché d'interprétation délicat A l'ECG coeur pulmonaire Basémie élevée 40, hypochlorémie 85 pH acide 7,28
Evolution	Favorable
Hypothèse	Surinfection
Critiques	Toux productive 9 700 GB mais 81 % de polynucléaires neutrophiles Sibilants dus au bronchoemphysème
Conclusions	Surinfection chez un insuffisant bronchemphysémateux chronique

NOM N....	Prénom R....	Age 31 ans	ENTREE le: 30/12/74	SORTIE le: 31/12/74	Séjour 1 jours	N° 405
Diagnostic d'entrée Origine	IRA à la suite d'une tentative d'autolyse par noyade SAMU 93					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Lobectomie supérieure droite en 1961 pour abcès du poumon (origine tuberculeuse vraissemblable)					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Gardénal					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée, cyanose, marbrures Choc ++ T° 32°8 Tachycardie malgré la T° expliquée par la prise de plusieurs comprimés de DIARSED*, renferment de l'atropine					
Evolution	Favorable. Passage dans le service du Docteur SOMIA au HFM					
Hypothèse	Inhalation d'eau					
Critiques	Vraissemblablement modéré mais grave sur ce terrain					
Conclusions	Inhalation modérée d'eau au cours d'une tentative d'autolyse par noyade chez un sujet lobectomisé					

NOM J....	Prénom M....	Age 52 ans	ENTREE le: 31/12/74	SORTIE le: 7/01/75	Séjour 8 jours	N° 410

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA fébrile Hôpital de Saint Denis transfert assuré par le SAMU
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Cachexie progressive depuis une gastrectomie il y a 10 ans. Ulcère ?
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Toux, expectoration, fièvre depuis une semaine Dyspnée sans cyanose. Signes en foyer de la base pulmonaire droite à l'auscultation Etat neurologique proche du DT. Déshydratation importante RP : coupole rectiligne, densification radiologique progressive du poumon droit Accès de tachycardie à 140 avec extrasystoles ventriculaires (K : 2,5 meq)
Evolution	Décédé. Intubation et VA quelques heures
Hypothèses	Surinfection Infarctus du myocarde intercurant
Critiques	Température 38°6 GB 16 300 RP en faveur Possible devant l'apparition des troubles du rythme cardiaque et l'élévation contemporaine du rythme cardiaque Pas de preuves électriques ni de douleurs thoracique CPK : 38
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire avec suspicion de nécrose myocardique intercurante

NOM L....	Prénom H....	Age 72 ans	ENTREE le: 2/01/75	SORTIE le: 6/01/75	Séjour 5 jours	N° 412

Diagnostic d'entrée Origine	Insuffisance respiratoire aigue de type asthmatiforme Hôpital Franco-Musulman Service H4
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Insuffisance respiratoire chronique. Hémiplégie droite
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Apparition brutale d'un bronchospasme de cause indéterminée chez un bronchopathe chronique. Le diagnostic d'asthme cardiaque est porté. Oligoanurie. Hépatomégalie douloureuse. Reflux hépato-jugulaire. Tachycardie. Le bronchospasme va céder sous traitement VA, corticoïdes, furosémides, tonicardiaque, caréna. Des troubles du rythme cardiaque multiples vont survenir malgré l'injection de Xylocaine. Apparition d'une hémorragie digestive en cours d'hospitalisation sous ventilation assistée.
Evolution	Décédée

Hypothèses	EP	Asthme	Surinfection sur BPCO
Critiques	LDH : 1 000 IVD Troubles du rythme	Anurie Hyperkaliémie	Bronchospasme clinique mais pas d'antécédent connu	Absente au début elle est survenue en cours d'hospitalisation avec élévation thermique à 38° - 39° GB 22 3000

Conclusions	Embolie pulmonaire probable. Surinfection secondaire en cours d'hospitalisation Pas de scintigraphie pulmonaire.

NOM L.... N° 412	31.12		2.1		3.1		4.1		5.1											
Température			39°9		38°4		38°4		38°2											
PO_2					94		92													
PCO_2					62															
pH					7.23		7.18													
Réserve alcaline	25		27		38	27.5	32													
Hématocrite	38		40		37		30													
Globules blancs	6700		12000		19000		22300													
Plaquettes			103000		113000		135000													
CCMH																				
Urée																				
Plasma Na																				
Plasma K	2.9		3.6		5.3		5.6													
Plasma Cl																				
LDH	460		1000		250															
CPK	168		143		253															
Diurèse/24 h.			350		250		55													
urines Na																				
urines K																				
Urée																				
O_2 nasal																				
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										
V.A.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										
V.S.																				

NOM A....	Prénom L....	Age 76 ans	ENTREE le: 2/01/75	SORTIE le: 5/01/75	Séjour 4 jours	N° 413

Diagnostic d'entrée Origine	Insuffisance respiratoire aigue. Hôpital Franco Musulman où la malade avait été adressée pour OAP.
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Non interrogeable mais apparemment pas d'HTA ni de bronchite chronique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	A l'arrivée encombrement bronchopulmonaire, hypercapnie et sibilants diffus à l'auscultation pulmonaire. A l'EGG tachyarythmie par fibrillation auriculaire, infarctus postéro-diaphragmatique avec extrasystoles ventriculaires. Axe gauche. RP : en faveur d'un OAP. Pas de signe pulmonaire en foyer. Cardiomégalie.
Evolution	décédée

Hypothèses	Coeur pulmonaire chronique	EP	Infarctus du myocarde + OAP	Asthme cardiaque	Asthme pur (état de mal	BPCO en poussée
Critiques	Peu d'élèments en faveur	LDH normales PV = 15 Pas de phlébite	Diagnostic EGG Elévation des enzymes cardiaques	possible	Pas d'antécédents mais tableau clinique en faveur Corticoïdes efficaces	pas d'antécédents connus mais surinfection quasi certaine

Conclusions	OAP en rapport avec un infarctus du myocarde avec un tableau clinique de type asthmatique faisant évoquer la possibilité d'un asthme cardiaque.

NOM A.... N° 413	29.1.75	2.2	3.2	4.2	5.2
Température		38°6	37°8	38°4	
PO_2			56	50	
PCO_2			38		
pH			7.37	7.39	
Réserve alcaline			22		
Hématocrite		42	43	48	
Globules blancs		12500	18800	29500	
Plaquettes		128000	224000	317000	
CCMH					
Urée					
Plasma Na	140		146	140	
Plasma K	41				
Plasma Cl					
Diurèse/24 h.		1200	2400		
Urines Na					
Urines K					
Urée					
O_2 nasal		+	+		
Intubation				+	+
V.A.				+	+
I.S.		+	+		

NOM D....	Prénom J...	Age 43 ans	ENTREE le: 3/01/75	SORTIE le: 11/01/75	Séjour 9 jours	N° 415
Diagnostic d'entrée Origine	IRA post-grippale					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire ancienne traitée par collapsothérapie (symphyse pleurale)					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Syndrome grippal. Cyanose. Dyspnée. Omnubilation. Température 39°2 Intubation. VA. Hypoxie réfractaire Collapsus de reventilation Puis en quelques heures apparition de signes de coeur pulmonaire aigu. Episode d'oligoanurie Episode de sub OAP sous machine Apparition de troubles du rythme anoxique (arrêt cardiaque)					
Evolution	Décédé. Intubation = 8 jours VA : 3 jours					
Hypothèse	Surinfection post-grippale					
Critiques	Température 39°2 GB 20 300 RP en faveur					
Conclusions	Surinfection pulmonaire post grippale					

NOM D.... J... N° 415	3.01		4.01		6.01		7.01		8.01		9.01		10.01		11.01					
Température																				
PO_2	31.3						51		54		46		43							
PCO_2	35						42		39		45		65							
pH	7.39						7.40		7.38				7.25							
Réserve alcaline	21						25.5		23				29.5							
Hématocrite			44				38		34		31									
Globules blancs	6200				20500		29600				17500									
Plaquettes																				
CCMH																				
Plasma Urée	0.75								0.90				0.50							
Plasma Na	139								128				139							
Plasma K	2.8								5.4				4.8							
Plasma Cl	93								91				98							
Diurèse/24 h.	600				1300						1300									
urines Na					89						15									
urines K					16						31									
urines Urée					5						13									
O_2 nasal																				
Intubation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				
V.A.						+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				
V.S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				

NOM T....	Prénom J.P.	Age 17 ans	ENTREE le: 7/1/75	SORTIE le: 11/1/75	Séjour 5 jours	N° 418
Diagnostic d'entrée Origine	PNO après laparoscopie					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)						
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée aigue avec tachycardie, cyanose. Douleur thoracique gauche brutale constructive au cours de la laparoscopie Syndrome clinique d'épanchement aérique thoracique bilatéral. La ponction pleurale est négative à droite, positive à gauche L'emphysème sous cutané extensif atteint la bourse gauche					
Evolution	Favorable					
Hypothèses	PNO par	Brèche diaphragmatique		Bulle d'emphysème		
Critiques		Anatomiquement possible		Reste cependant assez vraissemblable		
Conclusions	Au cours d'une laparoscopie PNO d'étiologie à préciser dans le service de médecine					

NOM V....	Prénom G....	Age 43 ans	ENTREE le: 7/01/75	SORTIE le: 9/01/75	Séjour 3 jours	N° 419

Diagnostic d'entrée Origine	Coma d'étiologie indéterminée avec IRA chez un IRC Domicile. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Bronchitique chronique. Problème psychiatrique
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Laroxyl. Valium. Nembutal
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Cyanose. Sueurs. Ausculatation pulmonaire normale. RP normale. Pas d'encombrement bronchique. Apparition d'une surinfection secondaire
Evolution	Favorable. Sortie au domicile. Intubation 24 heures. VA 12 heures
Hypothèses	Coma toxique Surinfection pulmonaire secondaire.
Critiques	Confirmé par le laboratoire. Recherche de barbituriques positive. Intoxication reconnue par le malade Température 38° GB 10 500
Conclusions	IRA chez un IRC au cours d'une intoxication volontaire par les barbituriques. Surinfection secondaire

NOM P....	Prénom B....	Age 50 ans	ENTREE le: 11/01/75	SORTIE le: 16/01/75	Séjour 7 jours	N° 423

Diagnostic d'entrée Origine	IRA à la suite d'une émission de sang par la bouche de grande abondance		
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire. Bronchite chronique. Dilatation des bronches. Ulcère gastrique Ethylisme. Fumeur +++		
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?		
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Le problème est celui de l'origine du saignement - hémorragie digestive régurgitée - ou hémoptysie		
Evolution	Favorable. Transfert au A3. Intubation 2 jours. VA 1 jour		
Hypothèses	Hématémèse régurgitée	Hémoptysie	Surinfection pulmonaire
Critiques	Ulcère gastrique Présence de sang dans l'estomac Hémoptysie déglutie TOGD et fibroscopie	Bilan pulmonaire négatif en dehors d'une image d'EP à la scintigraphie et à l'artériographie pulmonaire (mise à l'héparine)	Température 38° GB 12 500
Conclusions	Détresse respiratoire aigue à la suite d'une hémorragie extériorisée à la bouche : hémoptysie asphyxiante ou hématémène régurgitée. Suspicion d'EP mise sous héparine		

NOM V....	Prénom L....	Age 41 ans	ENTREE le: 12/01/75	SORTIE le: 14/01/75	Séjour 3 jours	N° 424

Diagnostic d'entrée Origine	Poussée d'IRA SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	A travaillé 20 ans dans les mines de charbon. Silicose anthracose
Traitement en cours avant l'hospitalisation	0
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Suffocation brutale importante sans sueur, sans cyanose, sans encombrement pulmonaire. Pas de signe en foyer RP de pneumoconiose. Image réticulonodulaire diffuse Coeur normal 4400 GB Température 37°
Evolution	Pas de récidive de la dyspnée. Evolution favorable. Domicile
Hypothèse	?
Critiques	?
Conclusions	Dyspnée aigue chez un pneumoconiosique (silicose anthracose) sans facteur déclenchant décelable

NOM G....	Prénom P.....	Age 59 ans	ENTREE le: 13/01/75	SORTIE le: 16/02/75	Séjour 35 jours	N° 425

Diagnostic d'entrée Origine	Arrêt cardiorespiratoire reversible survenu aux urgences de l'hôpital de Montreuil où le malade se trouvait pour une fracture du poignet survenu à la suite d'une syncope avec chute. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire en 58
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Réanimation cardiorespiratoire à Montreuil
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Coma stade III hypertonie diffuse, pas de signe de Babinski. Pupilles indifférentes. VS inefficace encombrement +++ Mise sous machine immédiate. coeur RAS Température 38° GB 6 500. PL : liquide clair. auscultation subnormale. Plaquettes 51 000 Hématocrite 27 %. Sur le plan biologique le reste est normal. Apparition d'un ulcère de Stress en cours d'hospitalisation Hypertonie oppositionnelle, petit tremblement intentionnel
Evolution	Favorable, intubation 2 jours. Trachéotomie 28 jours. VA 25 jours
Hypothèses	Accident vasculaire cérébral avec encephalopathie anoxique ou syndrome de Gayet_Wernicke aggravé par l'anoxie. Surinfection en cours d'hospitalisation sous VA
Critiques	?
Conclusions	Suspicion d'accident vasculaire cérébral sans signes de localisation avec coma. Surinfection bronchopulmonaire secondaire à la VA

NOM N....	Prénom M....	Age 75 ans	ENTREE le:16/01/75	SORTIE le: 21/01/75	Séjour 6 jours	N° 430

Diagnostic d'entrée Origine	Acidose respiratoire à l'hôpital de Montreuil où le malade a fait un épisode de tachycardie ventriculaire suivi d'un arrêt cardiaque reversible
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Infarctus du myocarde. Hémiplégie
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Polypnée. Cyanose ; nombreux râles bronchiques à l'auscultation Signes cliniques de surcharge ventriculaire droite Gaz du sang. Acidose respiratoire. pH : 7,33 pCO2 : 58 RA : 30 Séquelles d'infarctus à l'ECG avec extrasystoles ventriculaires et tachyarythmie RP de surinfection
Evolution	Décédé. Le malade arrache sa sonde de trachéotomie
Hypothèse	Surinfection pulmonaire
Critiques	Clinique, radiologie, biologie en faveur
Conclusions	Insuffisance cardiorespiratoire (infarctus du myocarde). En phase terminale précipitée par une surinfection bronchopulmonaire

NOM P...	Prénom L...	Age 65 ans	ENTREE le: 17/01/75	SORTIE le: 2/02/75	Séjour 16 jours	N° 432
Diagnostic d'entrée Origine	IRA aigue avec cachexie d'évolution rapidement progressive (1 mois)					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Tuberculose pulmonaire en 1966. Cirrhose ethylique. Tabagisme +++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Image radiologique pulmonaire parahilaire droite évoquant fortement une tumeur maligne broncho-pulmonaire. Par ailleurs un premier arrêt cardiaque a été réversible par MCE au prix d'un volet costal. Syndrome infectieux d'emblée manifeste OAP en cours d'hospitalisation en rapport avec une défaillance cardiaque et des troubles du rythme variés					
Evolution	Décédé. Intubation 6 jours Trachéotomie 10 jours. VA 16 jours					
Hypothèses	Problèmes pulmonaires graves intriqués Séquelles de tuberculose. Cancer bronchopulmonaire. Volet costal. OAP. Surinfection					
Critiques	Confirmé par l'anatomo-pathologie	Iatrogène (MCE)	malgrè un rapport $\frac{Na}{K}$ urinaire < 1 ?	GB 18 000 Température 38°		
Conclusions	Surinfection pulmonaire chez un sujet porteur d'un cancer bronchopulmonaire, de séquelles tuberculeuses, d'un volet costal iatrogène avec OAP en cours d'hospitalisation (IRC)					

NOM L....	Prénom M....	Age 50 ans	ENTREE le: 3/02/75	SORTIE le: 11/02/75	Séjour 9 jours	N° 452
Diagnostic d'entrée Origine	PNO droit					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Algérien en France depuis 1948. Pas d'antécédents pulmonaires reconnus. Fumeur ++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Effort violent suivi d'une douleur intense dans l'hémithorax droit. Gêne respiratoire très modéré. Symptomatologie clinique et radiologique de PNO. PNO complet sur la RP. Le drainage entraîne un retour complet du poumon à la paroi. Au 8e jour le drain bulle toujours posant le problème d'une indication chirurgicale					
Evolution	Transfert à la clinique Marie Lannelongue					
Hypothèse	PNO spontané					
Critiques	Le problème étiologique n'est pas rêglé. Le malade ne présente pas d'antécédents pulmonaires pas de signes d'emphysème. Le bilan BK reste négatif					
Conclusions	PNO droit complet spontané d'étiologie indéterminée récidivant sous dainage. Transfert à la clinique Marie Lannelongue					

NOM S....	Prénom N....	Age 32 ans	ENTREE le: 3/03/75	SORTIE le: 7/03/75	Séjour 5 jours	N° 485
Diagnostic d'entrée Origine	PNO spontané					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)						
Traitement en cours avant l'hospitalisation						
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Douleur thoracique brutale au cours d'un effort Dyspnée ++					
Evolution	Favorable sous drainage thoracique					
Hypothèse	PNO					
Critiques						
Conclusions	PNO spontané chez un sujet jeune Exploré dans le service de médecine					

NOM V....	Prénom R....	Age 48 ans	ENTREE le: 10/03/75	SORTIE le: 26/03/75	Séjour 17 jours	N° 494
Diagnostic d'entrée Origine	IRA : décompensation cardiorespiratoire depuis quelques jours					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Gastrectomie en 1971 pour cancer gastrique. Bronchitique chronique Tabagisme +++					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	?					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Tableau de surinfection bronchitique clinique et biologique 14 100 GB. Température 37°4 sous antibiotiques. Toux grasse productive Gaz du sang : hypoxie hypercapnique. Cyanose importane Signes cliniques de coeur droit. Gros foie douloureux. RHJ. Oedème. Hypochlorémie à 85 Alacalose métabolique démasquée sous VA.					
Evolution	Favorable après intubation 11 jours. VA 6 jours. Sortie au domicile					
Hypothèse	Surinfection broncho pulmonaire					
Critiques	Clinique Biologique Radiologique					
Conclusions	Surinfection bronchopulmonaire chez un insuffisant cardiorespiratoire chronique					

NOM V....R.. N° 494	11.03	12.03	13.03	14.03	15.03	17.03	18.03	19.03	21.03	24.03
Température	37°4	37°8	37°6	38°	37°6	37°8				
PO_2	49	110	45	76	67	63				64
PCO_2	80	76	55	50	41	46				55
pH	7.30	7.34	7.45	7.50	7.55	7.37				7.36
Réserve alcaline	40	41	38.5	38.5	34.5	27				31.5
Hématocrite	50	47	46	42	39	43				45
Globules blancs	14100	10900	14500	14500	11600	10700				8400
Plaquettes	88000	71000	51000	86000	55000	50000	77000	12500	15900	146000
CCMH	30	30.5	30	30.5	31.5	31.5				
Plasma — Urée	0.95									
Plasma — Na	134									
Plasma — K	5.2	4.4	2.8	2.3		4.2	5.4	4.1	4.4	
Plasma — Cl	83	88	82	82		95	101	100	96	
CPK			21	34						
LDH			480	355						
Diurèse/24 h.	3000	3500					2600		2200	
Urines — Na		19					18		20	
Urines — K		38					19		16	
Urines — Urée		8					4		8	
O_2 nasal										
Intubation	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +					
V.A.	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +					
V.S.						+	+ +	+ +	+ +	+ +

NOM T....	Prénom S....	Age 65 ans	ENTREE le: 12/03/75	SORTIE le: 1/04/75	Séjour 21 jours	N° 497

Diagnostic d'entrée Origine	Poussé d'IRA
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Séjour dans un sanotorium pendant l'enfance. Tabagisme +++
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Traitée pour un syndrome grippal 8 jours auparavant
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Polypnée. Cyanose. Pas de signe en foyer RP : imageréticulonodulaire disséminée Signes cliniques d'IVD EGG : rythme sinusal à 100. Axe subnormal. Ondes P pulmonaires. T négatif isolé dans le précordium droit. Gaz du sang : hypoxie hypercapnique. Petite encéphalopathie hypercapnique Cachexie : 39 Kg
Evolution	Favorable après une aggravation imposant l'intubation : 2 jours VA : 2 jours (A1)
Hypothèse	Pneumopathie virale secondairement surinfectée
Critiques	Clinique, biologie, radiologie en faveur
Conclusions	Pneumopathie virale surinfectée chez un IRC chronique

NOM I....	Prénom Z....	Age 23 ans	ENTREE le:19/03/75	SORTIE le: 24/03/75	Séjour 5 jours	N° 504

Diagnostic d'entrée Origine	OAP chez une accouchée de quelques heures Maternité de Saint-Denis. SMUR
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	0 Anesthésie générale
Traitement en cours avant l'hospitalisation	0
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Tableau de pneumopathie aigue bilatérale chez une accouchée récente après anesthésie générale pour révision utérine avec épisode de vomissements au réveil. La malade a reçu 2 flacons de sang en post opératoire. D'emblée, dyspnée ++, expectoration purulente, tachycardie, pas de cyanose? T° : 39°, oligurie, 26300 GB. RP : images floconneuses diffuses dans les 2 champs pulmonaires PNO iatrogène (ponction sous-clavière) au SAS. Le drainage découvre un épanchement liquidien.
Evolution	Favorable
Hypothèses	1°-Pneumopathie de régurgitation — 2° OAP — 3° Embolie (amniotique) — 4° Pneumopathie d'une autre origine
Critiques	- vomissements post AG - syndrome infectieux pulmonaire - RP en faveur - Régression sous anti-biotiques et corticoïdes - erreur de dg - tachycardie - EGG : onde P pulmonaire en D2 - LDH : 336 - disparition de ces signes en cours d'hospitalisation - ?
Conclusions	Pneumopathie de régurgitation post-anesthésie générale très probable PNO iatrogène en cours d'hospitalisation

NOM I... Z... N° 504	19.3	20.3	21.3	22.3	23.3	24.3	25.3	26.3	27.3	28.3
Température	38°2	37°	36°8	37°2	37°	37°2				
PO_2		72					78			
PCO_2		34					41			
pH		7.43					7.42			
Réserve alcaline	19	22	24		25	28	26.5	26		
Hématocrite	47	34	26	31		36	39	44		39
Globules blancs	26300	20200	16 100	16700		14700	13400	12900		8300
Plaquettes	206000	181000	135000	118000		135000	121000	184000		185000
CCMH		32					33.5			
Plasma — Urée	0.30	0.40	0.30		0.50	0.40	0.45	0.50		0.50
Plasma — Na	137	133	140		139	137	137	137		
Plasma — K	3.1	4.4	4.1		3.8	4.1	4.1	3.9		
Plasma — Cl	103	100	108		107	109	101	95		
Plasma — CPK	46									
Plasma — LDH	330					510				
Urines — Diurèse/24 h.	600	2200	1300	1200	2100	800	700		1100	
Urines — Na	20	10	12		26	68	157		152	
Urines — K	70	90	64		70	35	23		81	
Urines — Urée	4	14	18		29	13	20		24	
O_2 nasal	+ +	+/ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+			
Intubation										
V.A.										
V.S.	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+			

NOM 0....	Prénom 2....	Age 59 ans	ENTREE le: 27/3/75	SORTIE le: 1/4/75	Séjour 5 jours	N° 512
Diagnostic d'entrée Origine	Dyspnée aigue avec syndrome douloureux de l'hypochondre gauche à irradiations dorsales					
Antécédents Facteur(s) favorisant(s)	Asthme ancien traité par corticoïdes et sympathomimétiques Appendicectomie					
Traitement en cours avant l'hospitalisation	Antibiotiques depuis quelques jours					
Tableau clinique Facteur(s) déclenchant(s) Problème posé	Dyspnée asthmatiforme avec sibilants Température à 37 ° Globules blancs : 17 000 par ailleurs RAS = Corticoïdes					
Evolution	Favorable = passage en médecine pour exploration du syndrome douloureux					
Hypothèse	Asthme					
Critiques						
Conclusions	Crise d'asthme un peu sévère au cours d'un épisode abdominal non étiqueté avec 17 000 globules blancs sous antibiotiques					

EXPOSE

DU TABLEAU ANALYTIQUE

Pour réaliser un bilan statistique des principaux facteurs favorisants et déclenchants de l'Insuffisance respiratoire aigue, il fallait pouvoir rassembler entre eux ces différents facteurs, dont plusieurs pouvaient se rencontrer chez un même malade. Ceci a été réalisé grâce à un tableau horizontal à double entrée de grande taille dont la réduction s'est avérée impossible. Il a nous donc été nécessaire de réaliser un tableau vertical rassemblant 34 paramètres et se déroulant sur les 74 cas ainsi bien individualisés.

Ce tableau de présente de la façon suivante.

- Les malades sont classés par leurs numéros croissants d'admission au SAS. Ils sont définis par

le sexe
l'âge
la durée du séjour au SAS

Les facteurs favorisants ou les antécédents :

- tabagisme
- éthylisme
- obésité
- Bronchite chronique
- emphysème
- pneumoconiose
- déformation thoracique
- asthme
- pleurésie
- Insuffisance respiratoire chronique
- insuffisance cardiaque

marqués de + à ++++ selon le degré d'importance de l'atteinte.

Les Facteurs déclenchants

- surinfection primitive c'est-à-dire qui ont motivé l'hospitalisation au SAS ou dans un autre service avant leur transfert en réanimation.
- surinfection secondaire survenue en cours d'hospitalisation
- Pneumothorax primitif
- Pneumothorax secondaire
- Embolie pulmonaire I
- Embolie pulmonaire II

- Asthme, état de mal dont la gravité est notée de + à +++
- Oedème aigu du poumon quelle qu'en soit l'étiologie
- Epanchement pleural
- problème neurologique
- drogues dépressives respiratoires
- alcalose métabolique bien qu'il soit difficile d'affirmer son rôle comme facteur déclenchant
- obstacle trachéo bronchique
- traumatismes thoraciques

Puis sont notés

- le nombre de jours d'intubation
  de trachéotomie
  de Ventilation artificielle

Le Décès est noté par "+" dans la case évolution défavorable.
Au total il existe 34 paramètres
Une case spéciale en haut de la colonne permet de mettre une anotation pour chaque cas particulier

	Prémédication pour bronchoscopie	Poumon unique PNO sous machine	Asthme déclenché par une surinfection	Poumon unique			IRA post opératoire péritonite biliaire		
N°	6	7	8	19	25	41	47	50	73
Sexe	H	H	F	H	F	F	F	F	H
Age	58	69	69	62	67	69	71	68	40
Durée du séjour (en jours)	3	3	4	1	3	26	?	3	10
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	+++	++		+	++	++		++	++
Ethylisme	++	+		+	++	+			
Obèsité						+++			
Tuberculose		++		++	++				
Bronchite chronique	++	+++	+	+	++	++		++	++
Emphysème	+			+	+	+			
Pneumoconiose									
Déformation thoracique				++++					
Asthme			++						
Pleurésie									
I.R.C.	+	++	++	+++	+	++		+	+
Insuffisance cardiaque		Dte	Dte	Dte	Dte	Dte			
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive		+	+	+	+	+		+	
Surinfection secondaire									+
PNO. Primitif									
PNO. Secondaire		+				?			
Embolie pulmonaire primitive									
Embolie pulmonaire secondaire									
Asthme			++						
O.A.P.									
Pleurésie									
Problèmes neurologiques						+			
Drogues dépressives resp.	±						+		
Alcalose métabolique									
Intubation (en jours)		3		1					
Trachéotomie (en jours)									
V.A. (en jours)		3		1		26			
Evolution défavorable		+		+		+			
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique									

	Cancer broncho pulmonaire	PNO récidivant	Encombrement surinfecté (volet)	Bronchite au stade terminal	Encombrement surinfecté	IRA post AG Artériographie cérébrale	Infarctus du myocarde	Guillain Barre Régurgitation	
N°	87	93	95	101	104	108	110 W	110	113
Sexe	H	H	H	H	H	H	F	F	H
Age	55	46	37	77	88	55	79	18	67
Durée du séjour (en jours)	4	8	4	5	15	4	4	5	8
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	++	+	++	+++	++				++
Ethylisme	+								
Obèsité									
Tuberculose	++	+							
Bronchite chronique	+++		++	++++	++				++
Emphysème				++					++
Pneumoconiose									
Déformation thoracique									
Asthme									
Pleurésie									
I.R.C.	++	+		+++					+
Insuffisance cardiaque	Dte			Dte			G		
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive	+			+					
Surinfection secondaire			+		+		?	+	+
PNO. Primitif		+							
PNO. Secondaire					?			+	
Embolie pulmonaire primitive									
Embolie pulmonaire secondaire									
Asthme									
O.A.P.							+		
Pleurésie					+				
Problèmes neurologiques						+		+	
Drogues dépressives resp.						+			
Alcalose métabolique									
Intubation (en jours)	1			5	1		4	5	
Trachéotomie (en jours)									
V.A. (en jours)	1			5	1		4	5	
Evolution défavorable				+	+		+	+	
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique			+		+				

	Infarctus.myocarde hémorragie méningée	Fausse route chez un Parkinsonnien	Sang rouge à la ponction pleurale		Surinfection due au drain		Désadaptation brutale à la machine		Hodgkin en aplasie médullaire
N°	146	147	151	157	160	182	186	187	201
Sexe	H	H	f	H	H	H	H	F	H
Age	64	61	50	81	28	35	51	80	49
Durée du séjour (en jours)	5	7	25	2	2	3	5	17	3
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	++			++		+++			
Ethylisme				++				+	
Obèsité			+						
Tuberculose			+						
Bronchite chronique				++		+		+	
Emphysème			+	++		+		+	
Pneumoconiose									
Déformation thoracique									
Asthme									
Pleurésie									
I.R.C.			++	++				+	
Insuffisance cardiaque	G		Dte	Dte				Dte	
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive				+					+
Surinfection secondaire		+	+		+		+	+	
PNO. Primitif					+	+			
PNO. Secondaire							?		
Embolie pulmonaire primitive			?+					+	
Embolie pulmonaire secondaire			+				?		
Asthme									
O.A.P.	+		+						
Pleurésie			+						
Problèmes neurologiques	+	+							
Drogues dépressives resp.									
Alcalose métabolique			+						
Intubation (en jours)	1	2	4				4		1
Trachéotomie (en jours)			21						
V.A. (en jours)	1	2	25				4		1
Evolution défavorable			+				+		+
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique							++		

	Infection pulmonaire incontrôlable	Asthme déclenché par infection pulmonaire	Kahler en aplasie médullaire	Pneumonie		Diabète	Mal de Pott en 73	Pleurésie séro fibrineuse	Asthme déclenché par infection pulmo naire
N°	206	212	213	224	225	230	242	251	253
Sexe	H	H	H	H	H	F	F	F	F
Age	75	63	56	71	77	74	62	78	40
Durée du séjour (en jours)	18	4	3	3	31	10	32	4	3
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	+	+		+	++++	+			
Ethylisme		+			+		+		
Obèsité		+							
Tuberculose							+		
Bronchite chronique	+			+	+++	+	+		
Emphysème	+	+		+	+++		+		
Pneumoconiose									
Déformation thoracique									
Asthme		++							+
Pleurésie								+	
I.R.C.	++	++		+	+++	+	++		+
Insuffisance cardiaque	Dte	Dte			Dte		Gle	G	
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive	+	?	+	+	+	+	+		+
Surinfection secondaire		+							
PNO. Primitif									
PNO. Secondaire									
Embolie pulmonaire primitive									
Embolie pulmonaire secondaire					?				
Asthme		+							++
O.A.P.		+							
Pleurésie								+	
Problèmes neurologiques									
Drogues dépressives resp.									
Alcalose métabolique	+						+		
Intubation (en jours)	6		1/2		11	4	10		
Trachéotomie (en jours)	9					6	22		
V.A. (en jours)	15		1/2		11	10	32		
Evolution défavorable	+	+	+			+			
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique									

	Ascite ++++ hémorragie digestive +++	Episodes bactériémiques	Mal de Pott ancien	Surcharge en Diazepam sur 1 D T	Asthme après Ozothine Pénicilline I M	Oedème laryngé ? ou mucite ? post R x	Phlegmon du plancher de la bouche		Infection généralisée Hémorragie digestive
N°	258	266	273	278	279	284	300	310	321
Sexe	H	F	H	H	H	H	H	H	H
Age	63	42	76	52	44	45	36	60	74
Durée du séjour (en jours)	17	11	3	17	2	5	6	19	3
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	++		++	++	+	++	+	++	+
Ethylisme	++		++	+++			+		
Obèsité	++								
Tuberculose			+		+				
Bronchite chronique	++			+				+	+
Emphysème	+	+	+				+	+	
Pneumoconiose									
Déformation thoracique					+				
Asthme		?			+		++		
Pleurésie									
I.R.C.	+	+	+		+		+	+	
Insuffisance cardiaque	Dte		Dte					Dte	
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive	+		+				?		
Surinfection secondaire		+		+				+	+
PNO. Primitif		+						+	
PNO. Secondaire									
Embolie pulmonaire primitive									
Embolie pulmonaire secondaire								?	
Asthme					+		+++		
O.A.P.									
Pleurésie									
Problèmes neurologiques									+
Drogues dépressives resp.				+					
Alcalose métabolique									
Intubation (en jours)	6			10			1 1/2		1/2
Trachéotomie (en jours)	10								
V.A. (en jours)	16			2			1		1/2
Evolution défavorable	+								+
Obstacles trachéo-bronchiques						+			
Traumatisme thoracique									

	H T A	Intoxication éthylique aigue		Cancer du sein infecté		IRA après AG pour bronchoscopie	Acidose métabolique	Dégénérescence cérébelleuse.hémiplégie	IRA post virale Asthme cardiaque
N°	327	328	329	331	337	353	368	388	392
Sexe	F	H	F	F	F	H	F	H	F
Age	74	49	56	74	53	49	58	56	67
Durée du séjour (en jours)	2	2	16	2	30	2	6	14	10
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	+	+		+		++	+	+	
Ethylisme		++							
Obèsité					++++				
Tuberculose	+	++							
Bronchite chronique	+		+	+	+		+	++	+
Emphysème	+		+						+
Pneumoconiose									
Déformation thoracique									
Asthme			+						++
Pleurésie	+			+					
I.R.C.	++	++	+		+	+	+	+	+
Insuffisance cardiaque	G		Dte	G	Dte			Dte	Gle
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive			+				+	+	
Surinfection secondaire		+		+	+				+
PNO. Primitif									
PNO. Secondaire									
Embolie pulmonaire primitive					+				
Embolie pulmonaire secondaire				?				?	
Asthme			+						
O.A.P.	+			?				+	+
Pleurésie									
Problèmes neurologiques								+	
Drogues dépressives resp.						+			
Alcalose métabolique				+					
Intubation (en jours)		1			5		3	5	
Trachéotomie (en jours)					17		3		
V.A. (en jours)					31		6	5	
Evolution défavorable							+	+	
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique									

		Coeur pulmonaire chronique	Tentative de noyade choc hypothermique	Infarctus du myocarde	Troubles du rythme cardiaque	Infarctus du myocarde	Surinfection post grippale	PNO après laparoscopie	Intoxication barbiturique chez un IRC
N°	393	404	405	410	412	413	415	418	419
Sexe	H	H	H	H	H	F	F	H	H
Age	60	75	31	52	72	76	43	17	43
Durée du séjour (en jours)	9	9	1	8	5	4	9	5	3
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	++	++	++	+	++				++
Ethylisme			++						
Obèsité						++			
Tuberculose			++				+ +		
Bronchite chronique	++	++		+	+				++
Emphysème	+	+			+				
Pneumoconiose									
Déformation thoracique			+						
Asthme	++				?	?			
Pleurésie									
I.R.C.	+	++	++	+	++	?	+		+
Insuffisance cardiaque		Dte			Dte	G			
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive	+	+		+					
Surinfection secondaire					+	+	+		
PNO. Primitif								+	
PNO. Secondaire									
Embolie pulmonaire primitive					+	+			
Embolie pulmonaire secondaire									
Asthme						+			
O.A.P.						+	+		
Pleurésie									
Problèmes neurologiques									
Drogues dépressives resp.									+
Alcalose métabolique									
Intubation (en jours)				1	5	1 1/2	3		
Trachéotomie (en jours)									
V.A. (en jours)				1	5	1 1/2	3		
Evolution défavorable					+	+	+		
Obstacles trachéo-bronchiques			+						
Traumatisme thoracique									

	Hématémèse régurgitée ? hémoptysie ?	Dyspnée aigue sans cause apparente.	Coma d'étiologie indéterminée	A arraché sa sonde de trachéotomie	Cancer broncho-pulmonaire	PNO récidivant sous drainage			Pneumopathie virale initiale
N°	423	424	425	430	432	452	485	494	497
Sexe	H	H	F	H	H	H	H	H	F
Age	50	41	59	75	65	50	32	48	65
Durée du séjour (en jours)	7	3	35	6	16	9	5	17	21
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme	+++			++	+++			+++	++
Ethylisme	++				++				
Obèsité									
Tuberculose	++		+		+				+
Bronchite chronique	++			++	++			++	++
Emphysème				+				+	+
Pneumoconiose		++							
Déformation thoracique									
Asthme									
Pleurésie									
I.R.C.	++	+		++	+			+	++
Insuffisance cardiaque				Dte				Dte	Dte
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive	?	?		+	+			+	
Surinfection secondaire			+						+
PNO. Primitif						+	+		
PNO. Secondaire									
Embolie pulmonaire primitive								?	
Embolie pulmonaire secondaire								?	
Asthme									
O.A.P.					+				
Pleurésie									
Problèmes neurologiques			+						
Drogues dépressives resp.									
Alcalose métabolique								+	
Intubation (en jours)	2		2	4	16			6	3
Trachéotomie (en jours)			28	1					
V.A. (en jours)	2		25	5	16			6	3
Evolution défavorable				+	+				
Obstacles trachéo-bronchiques	++								
Traumatisme thoracique					MCE				

	Révision utérine sous AG régurgit.	Syndrome abdominal aigu.							
N°	504	512							
Sexe	F.	F							
Age	23	59							
Durée du séjour (en jours)	1	5							
FACTEURS FAVORISANTS * ANTECEDENTS *									
Tabagisme		+							
Ethylisme									
Obèsité									
Tuberculose									
Bronchite chronique									
Emphysème									
Pneumoconiose									
Déformation thoracique									
Asthme		++							
Pleurésie									
I.R.C.		+							
Insuffisance cardiaque									
FACTEURS DECLENCHANTS									
Surinfection primitive		?							
Surinfection secondaire	+								
PNO. Primitif									
PNO. Secondaire	+								
Embolie pulmonaire primitive	?								
Embolie pulmonaire secondaire									
Asthme		+							
O.A.P.									
Pleurésie									
Problèmes neurologiques									
Drogues dépressives resp.									
Alcalose métabolique									
Intubation (en jours)									
Trachéotomie (en jours)									
V.A. (en jours)									
Evolution défavorable									
Obstacles trachéo-bronchiques									
Traumatisme thoracique									

DEDUCTIONS

DU TABLEAU ANALYTIQUE

Nous allons voir successivement :

1° - les pourcentages et détails des facteurs favorisants.

2° - Les pourcentages et détails des facteurs déclenchants

Les problèmes posés seront soulevés au fur et à mesure de l'exposé des paragraphes

I - Les pourcentages et détails des facteurs favorisants

Nous verrons

- le tabagisme
- l'éthylisme
- l'obésité

Les antécédents :

- de tuberculose
- de bronchite chronique
- de pneumoconiose
- de déformation thoracique
- d'asthme
- de pleurésie
- d'insuffisance cardiaque
- d'insuffisance respiratoire chronique en général

La répartition en fonction de l'âge et du sexe a déjà été vue.

1° - Le Tabac et l'alcool

Fumeurs (minimum 15 cigarettes par jour)	Pourcentage
47	63,51 %

Parmi ceux-ci : 38 sont des insuffisants respiratoires chroniques
29 sont des bronchitiques

Ethyliques	pourcentage
19	25,61 %

Intoxication alcoolotabagique	Pourcentage
17	22,9 %

Ces chiffres sont à noter car on sait le rôle de l'intoxication alcoolotabagique dans l'apparition de cancer ORL, Bronchopulmonaires ou digestifs. On sait d'autre part, avec quelle fréquence on découvre à l'autopsie des cancers chez les insuffisants respiratoires chroniques décédés dans les services de réanimation. J. LISSAC rapporte que sur 11 vérifications on dénombre 5 cancers de découverte anatomopathologique .

2° - L'obésité

Elle est retrouvée dans 6 cas soit 8,1 % des insuffisances respiratoires en réanimation.

On ne peut retrospectivement affirmer pour chacun d'eux quelle responsabilité avait l'obésité sur l'insuffisance respiratoire mais tous les obèses étaient des insuffisants respiratoires chroniques parmi lesquels on dénombre

- 4 bronchitiques chroniques
- 2 asthmatiques

Dans 2 cas une embolie pulmonaire a été suspectée fortement.

3° - Les antécédents tuberculeux

17 soit 22,91 % des sujets présentaient des antécedents tuberculeux parmi lesquels :

- 4 avaient été traités par collapsothérapie
- 2 ont été lobectomisés
- 1 a été pneumectomisé

16 étaient des insuffisants respiratoires chroniques et dans 6 cas les séquelles de la maladie tuberculeuse participaient largement à l'étiologie de l'insuffisance respiratoire chronique.

4° - La bronchite chronique

Elle domine largement tous les autres facteurs favorisants en matière d'insuffisance respiratoire représentée à tous les stades de son évolution isolée ou associée à d'autres maladies pulmonaires. On la retrouve chez 42 sujet soit dans 56, 77 % des cas.

5° - L'emphysème post-bronchitique

Chez 29 sujets (soit 69,04 % des bronchitiques chroniques) ont été retrouvés des signes radiologiques et cliniques d'emphysième post bronchite de type centrolobulaire non dégénératifs.

6° - Les pneumoconioses

Nous en avons rencontré 1 cas, il s'agissait d'une silicose chez un mineur. La cause de la décompensation n'a pas été trouvée.

7° - Les déformations thoraciques

3 malades soit 4,05 % ont présenté une déformation thoracique capable de géner la mécanique ventilatoire. Mais il n'est pas possible de préciser si la déformation a précédé les troubles ou est une conséquence de la maladie respiratoire car la nature de la déformation thoracique n'est pas mentioonée. Les radiographies thoraciques permettent de supposer que dans 2 des 3 cas il s'agit d'une déformation de la colonne

vertébrale.

8° - L'asthme

Dans 9 cas soit 12,16 % la maladie asthmatique est certaine

9° - Les séquelles de pleurésie

Chez 3 sujets soit 4,05 % on découvre des séquelles de pleurésie dont une d'origine vraissemblablement tuberculeuse.

10° - L'insuffisance cardiaque

23 sujets soit 31,08 % présentaient des signes cliniques électriques et radiologiques d'insuffisance ventriculaire droite.

6 sujets soit 8,1 % présentaient des signes d'insuffisance cardiaque gauche et 3 sujets soit 4,5 % présentaient des signes de défaillance cardiaque globale.

11° - Les insuffisants respiratoires chroniques

On en dénombre 50 soit 67,56 % de gravités différentes difficiles à systématiser.

Les causes de ces insuffisances respiratoires chroniques largement dominées par la bronchite chronique sont passées en revue dans le tableau suivant où elles sont classées par ordre décroissant.

Pourcentage des Facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Nombre de sujets	Pourcentage
Tabagiques	47	63,51 %
Ethyliques	19	25, 61 %
Obèses	6	8,1 %
Tuberculose ancienne	17	22,91 %
Bronchite chronique	42	56,77 %
Emphysème centrolobulaire	29	69,05 %
Pneumoconiose	1	NS
Déformation thoracique	3	4, 05 %
Asthme	9	12,16 %
Séquelles de pleurésie	3	4,05 %
Insuffisance cardiaque droite	23	31,00 %
Insuffisance cardiaque gauche	6	8,1 %
Insuffisance cardiaque globale	3	4,05 %

Au total : il ressort la nette prédominance de la bronchite chronique et de l'asthme comme facteurs favorisants et étiologiques de l'insuffisance respiratoire chronique et on remarque la très forte proportion de fumeurs parmi les sujets bronchitiques.

ETIOLOGIES DES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

Etiologies	Nombre de cas	Pourcentages
Bronchite chronique seule	21	42 %
Bronchite chronique + tuberculose	8	16
Bronchite chronique + asthme	5	10
Bronchite chronique + obésité	3	6
Tuberculose seule	3	6
Asthme	3	6
Tuberculose + Obsité	1	2
Emphysème seul	1	2
Déformation thoracique + tuberculose	1	2
Déformation thoracique + asthme + tuberculose	1	2
Pneumoconiose	1	2
Cancer broncho pulmonaire ?	1	2
Bronchite chronique + tuberculose + déformation thoracique	1	2

II - Les pourcentages et détails des facteurs déclenchants

Nous verrons successivement :

- les surinfections primitives et secondaires
- les pneumothorax primitifs et secondaires
- les embolies pulmonaires primitives et secondaires
- l'asthme
- les oedèmes aigus du poumon
- les pleurésies
- les problèmes neurologiques
- les drogues dépressives respiratoires
- l'alcalose métabolique
- les obstacles trachéobronchiques
- les traumatismes thoraciques

1° - Les surinfections bronchopulmonaires primitives

On en compte 28 soit 37,8 % des des Insuffisances respiratoires aigues dont 3 sont survenues après une broncho pneumopathie virale.

Sur 28 sujets :

- 14 sont décédés tous ont été intubés et ventilés artificiellement
- 17 surinfectés bronchopulmonaires ont été intubés et tous parmi ceux-ci ont été ventilés

C'est dire que sur 17 malades appartenant à ce groupe qui ont été ventilés 14 sont décédés autrement dit qu'environ 8 surinfectés bronchopulmonaires sur 10 qui ont nécessité une ventilation sont décédés.

Pourquoi ces 14 malades sont-ils décédés Dans la majorité des cas, nous allons le voir, la gravité du tableau est évidente.

Parmi les 14 décès on dénombre :

- 1 homme de 56 ans porteur d'une maladie de Kahler au stade d'aplasie médullaire (N° 213)
- 1 homme de 49 ans porteur d'une maladie de Hodgkin au stade d'aplasie médullaire (N° 201)
- 1 homme de 69 ans (N° 7) pneumectomisé pour tuberculose, bronchitique chronique, insuffisant cardiaque qui a un penumothorax sur poumon unique sous machine.
- 1 homme de 62 ans (N° 19) pneumectomisé pour tuberculose, bronchitique chronique, insuffisant cardiaque présentant une très importante déformation thoracique
- une femme de 69 ans (N° 41) obèse, diabétique, présentant un abcès de la base droite, un syndrome septicémique, une insuffisance cardiaque et un pneumothorax après pose d'une voie veineuse sous clavière sous machine
- 1 homme de 77 ans (N° 206) présentant une insuffisance respiratoire ancienne, une insufisance respiratoire cardiaque chez qui on a suspecté une hémorragie digestive non extériorisée
- 1 homme de 77 ans (N° 101) présentant une bronchite chronique au stade de fibrose terminale
- 1 femme de 74 ans (N° 230) diabétique, bronchitique chronique, insuffisante cardiaque avec antécédents d'infarctus du myocarde, troubles du rythme, Elle arrache sa sonde de trachéotomie...
- 1 homme de 63 ans (N° 258), Bronchite chronique, insuffisant cardiaque, tabagique, cirrhotique, présentant une ascite considérable. Il décède d'hémorragie digestive foudroyante.
- 1 femme de 58 ans (N° 368) Bronchitique chronique en phase terminale d'une insuffisance rénale chronique en poussée. Acidose métabolique grave.
- Un homme de 56 ans (N° 388) insuffisant cardiaque bronchitique chronique, grabataire, présentant une dégénérescence cerébelleuse, des antécédents d'accidents vasculaires cérébraux chez qui on a suspecté une embolie pulmonaire
- 1 homme de 75 ans (N° 430) insuffisant cardiaque, bronchite chronique. Il parvient a arraché sa sonde de trachéotomie sous ventilations artificielle...
- 1 homme de 65 ans (N° 432) Insuffisant cardiaque ethylique, cachectique, bronchitique chronique, porteur de troubles du rythme. Il fait un arrêt cardiaque, retrouve une activité cardiaque efficace après un massage cardiaque externe qui lui occasionne un volet thoracique antérieur. Un cancer broncho pulmonaire suspecté à la radiographie est confirmé à l'autopsie.

- Une femme de 43 ans (N° 415) Bronchitique chronique, ancienne tuberculeuse traitée par collapsothérapie. Cette malade fait une surinfection bronchopulmonaire post grippale avec oedème aigu du poumon et hypoxie réfractaire.

Au total, on remarque les terrains très particuliers sur lesquelles les surinfections bronchopulmonaires est mortelle. Il s'agit de malades fragiles, porteurs d'une pathologie associée grave.

Parmi les 4 malades surinfectés bronchopulmonaires qui ont été ventilés articiellement mais qui ne sont pas décédés on compte

- 2 bronchitiques chroniques avec des antécédents de tuberculose
- 1 bronchitique présentant un infarctus du myocarde
- 1 bronchitique chronique sans pathologie associée.

Les 10 autres surinfectés bronchopulmonaires n'ont pas nécessité une ventilation artificielle.

Notons que dans trois cas une surinfection broncho pulmonaire est à l'origine d'état de mal asthmatique.

Et que dans trois autres cas la surinfection survient sur une pneumopathie virale dont une en poussée aigue d'oedème pulmonaire avec hypoxie refractaire malgré la ventilation articielle.

Par ailleurs dans quelques cas, il nous a semblé que la décompensation respiratoire pouvait survenir avant le stade de la bronchorrhée au cours de l'évolution d'une surinfection bronchopulmonaire. Quel rôle joue l'aggression bactérienne en elle-même au stade initial de la surinfection sur l'appareil bronchique ? Trois états de mal asthmatique sont déclenchés par une surinfection dans notre série ; ne peut-il pas se produire un phénomène proche au cours des broncho pneumopathies chroniques obstructives post bronchitiques qui présentent dans le tableau clinique de leur décompensation une dyspnée de type atshmatiforme ?

2° - Les surinfections broncho pulmonaires secondaires

C'est à dire celles survenues en cours d'hospitalisation au SAS. On en dénombre 20 soit 21, 02 %. En fonction de l'âge, de la durée du séjour, de la cause de l'hospitalisation et de la mise sous ventilation artificielle, on peut les exposer de la façon suivante :

N° du malade	âge	durée du séjour	VA*	Décès	Cause de l'hospitalisation
73	40	10			?
95	37	4			Volet thoracique
104	88	15	1	+	Volet thoracique
110	18	5	5	+	Guillain Barré . PNO. Régurgitation
113	67	8			Prob. de genou en chirg.
147	61	7			Fausse route chez Parkinsonien
151	50	25	25	+	OAP
160	28	2			Pneumothorax
187	80	17			Embolie pulmonaire
266	42	11			Pneumothorax
278	52	17	2		Encombrement
310	60	19			Pneumothorax
321	74	3	1/2	+	Septicémie
328	49	2			Encombrement
331	74	2			OAP ? EP ?
337	53	30	31		Embolie pulmonaire
412	72	5	5	+	Embolie pulmonaire
413	76	4	1 1/2	+	Embolie pulmonaire
425	59	30			Coma
504	23	1			Régurgitation. Post A.G.

* VA Ventilation artificielle dont la durée est exprimée en jours.

Au total

. 6 malades de ce groupe sont décédés.
- 1 Guillain Barré avec régurgitation (Syndrome de Mendelson ?) et pneumothorax récidivant.
- 1 volet thoracique grave. Cause du décès ? (1 jour)
- 1 infection généralisée incontrôlable avec hémorragie digestive
- 3 sont suspects d'embolies pulmonaires

. 8 surinfectés secondaires ont subi une ventilation artificielle

. Ce que l'étude des dossiers révèle encore c'est la rapidité avec laquelle la surinfection survient puisque dans l'immense majorité des cas le décalage thermique et l'élévation des globules blancs à la numération formule sanguine se produisent avant le cinquième jours d'hospitalisation.

3° - Les pneumothorax primitifs

On en dénombre 8 soit 10,80 % des causes d'insuffisance respiratoire aigue.

N° de dossier	sexe	âge	Facteurs favorisants
93	M	46 ans	Insuffisant respiratoire chronique, ancien tuberculeux
160	M	28 ans	Pas d'antécédents
182	M	35 ans	Bronchitiques chronique emphysémateux
266	F	42 ans	Emphysémateux
310	M	60 ans	Bronchite chronique, Emphysémateux
418	H	17 ans	Pneumothorax après laparoscopie
452	H	50 ans	Pas d'antécédents
485	H	32 ans	Pas d'antécédents

Au total

- 4 pneumothorax sont survenues chez des insuffisants respiratoires chroniques dont un ancien tuberculeux
- 2 ont récidivés et ont été dirigés dans un service de chirurgie thoracique
- Les 6 ont été drainés
  Aucun n'est décédé
- 2 fois la surinfection du drain a été à l'origine d'épisodes bactériemiques

4° - Les pneumothorax secondaires

On en dénombre 3 sur 74 insuffisances respiratoires aigues soit 4,05 %.

- 1 cas est survenu sous machine chez un sujet insuffisant respiratoire chronique pneumectomisé pour tuberculose. Le malade est décédé.
- 2 cas sont survenus après pose d'un cathéter par voie veineuse sous clavière. Un des 2 malades était sous machine.

- Dans 2 autres cas on a soupçonné des pneumothorax chez des malades qui se sont brutalement désadapté de leur machine et sont décédé, mais les vérifications n'ont pas été faites.

5° - Les embolies pulmonaires

1) - Les embolies pulmonaires primitives

Les embolies pulmonaires dont on sait la fréquence sur ces terrains particuliers que sont l'insuffisance respiratoire chronique, l'insuffisance cardiaque et l'obésité, souvent associées, posent de difficiles problèmes diagnostiques dans leurs formes atypiques ou frustes. Cette difficulté dans notre cas est majorée par l'impossibilité d'obtenir à l'Hôpital Franco Musulman des scintigraphies pulmonaires ou des antiographies artérielles pulmonaires. Quant aux vérifications nécropsiques elles demandent pour être fiables une angiographie pulmonaire post-mortem dont on ne peut envisager actuellement l'usage dans notre hôpital.

Cependant sur nos 74 cas, on peut 3 fois affimer raisonnablement

la réalité de l'embolie pulmonaire primitive c'est-à-dire ayant entraîné l'hospitalisation au SAS et dans trois cas on peut la suspecter fortement.

Observation n° 1 (N° 337)

Femme de 53 ans, insuffisante respiratoire chronique, insuffisante cardiaque droite présentant une obésité très importante. Hématocrite : 53 %. On retient comme arguments diagnostiques :

- les signes de coeur pulmonaire aigu avec cliniquement des oedèmes aux membres inférieurs, une oligurie, un gros foie douloureux, un reflux hépatojugulaire.
  A l'ECG : un axe droit, un bloc de branche droit, une tachycardie à 120;
  A la radiographie thoracique, un petit épanchement pleural gauche
  Sur le plan pulmonaire une détresse respiratoire inexpliquée survenue brutalement.
  La température oscille entre 37°6 et 38°;
  Les LDH sont à 400 unités (Normale inférieure à 250 unités internationales). La numération formule sanguine montre 8100 globules blancs. La malade est ininterrogeable. La notion de douleur thoracique n'est donc pas retrouvée. La mise sous ventilation artificielle rend ininterprétable l'apparition de sang à l'aspiration endotrachéale puisqu'on ne sait si l'on doit l'attribuer aux traumatismes répétés dus à la sonde d'aspiration ou si l'on doit l'interpréter comme l'équivalent d'un crachat hemoptoïque.
  De tout façon chez un malade intubé, l'apparition de sang dans la sonde d'intubation peut faire suspecter de principe l'embolie pulmonaire d'autant que l'aspect du sang ou la douceur des manoeuvres d'aspiration n'évoque pas une lésion traumatique de la trachée.

Observation N° 2 (N° 412)

Un homme de 72 ans insuffisant respiratoire chronique, insuffisant cardiaque, présente une détresse respiratoire subite de type asthmatiforme de cause indéterminée.
Le diagnostic se fonde sur des signes de coeur pulmonaire aigu.
Cliniquement : gros foie douloureux avec reflux hépatojugulaire.
A l'ECG : tachycardie avec quelques troubles du rythme
A la radiographie thoracique : grosse artère pulmonaire
Les LDH sont 1000 unités

Aucun élément n'oriente vers une autre cause à cette détresse respiratoire. Le malade est intubé, ventilé, ininterrogeable. Il décède d'une hémorragie digestive foudroyante au cinquième jour.

Observation n° 3 (N° 187)

Une femme de 80 ans est admise au SAS en détresse respiratoire à la suite d'une douleur thoracique basse survenue quelques jours auparavant avec dyspnée et anxiété marquée. Elle présente des signes cliniques et électrique de coeur pulmonaire aigu. Il n'y a pas d'élèments en faveur d'un autre diagnostic. Cependant les LDH s'élèvent à 450. L'évolution est favorable.

Observation n° 4 (N° 413)

Une femme de 74 ans, obèse, est admise pour détresse respiratoire aigue en rapport avec un oedème aigu du poumon au cours d'un infarctus du myocarde postero diaphragmatique. Mais l'aspect clinique électrique et évolutif fait d'emblée soulever la possibilité d'une embolie pulmonaire qui aurait pu précéder l'infarctus.

Observation n° 5 (N° 388)

Un homme de 56 ans grabataire, Insuffisant respiratoire chronique porteur d'une dégénérescence cerebelleuse grave est admis en détresse respiratoire. Il est encombré sur le plan broncho pulmonaire depuis plusieurs jours à son domicile où il a décompensé assez subitement son insuffisance respiratoire chronique sans raison apparente. Au moment de l'hospitalisation son encombrement broncho pulmonaire est surinfecté mais il présente des signes de défaillance cardiaque droite et les LDH sont à 700 unités.

Observation n° 6 (N° 504)

Une jeune accouchée de 23 ans hospitalisée au SAS à la suite d'une régurgitation post anesthésique pour révision utérine. On note au premier jour des LDH à 330 UI et des signes ECG de coeur pulmonaire aigu. Au 4ème 5ème jour élévation des LDH à 510 Unités internationales et on note un arc moyen gauche très saillant à la radiographie pulmonaire. Le taux des plaquettes chute à 118000/mm^3. Une coagulation complète répétée à 3 reprise s'avère normale. La malade a un drain thoracique pour un pneumothorax iatrogénique il n'est chez elle

guère possible de discerner une symptomatologie fonctionnelle d'appel à une éventuelle embolie pulmonaire d'expression discrète. Cette jeune femme a pu faire une embolie pulmonaire primitive ou secondaire.

Dans aucun de ces 6 cas, il n'a été pratiqué de scintigraphie pulmonaire ou d'angiographie artérielle pulmonaire.

4 ont été traités à l'héparine
2 sont décédés (72 et 76 ans.)

2) - Les embolies pulmonaires secondaires

Ce sont celles survenues en cours d'hospitalisation. Rappelons d'emblée que dans aucun cas le diagnostic n'a pu être prouvé. Il ne s'est donc toujours agit que de forte présomption. Les critères diagnostiques sont les mêmes que ceux retenus dans les embolies pulmonaires primitives avec un élèment supplémentaire dans le cas des malades ventilés artificiellement ; la désadaptation inexpliquée subite à la machine.

On en relève 5 cas dans lesquel l'éventualité de la survenue d'une embolie pulmonaire parait sérieuse.

Observation n° 7 (N° 186)

Un homme de 51 ans admis pour volet thoracique se désadapte au 5ème jour de ventilation artificielle et décède. Le diagnostic de pneumothorax suffocant pouvant être écarté chez ce traumatisé thoracique drainé, on retient par principe la possibilité d'une embolie pulmonaire foudroyante. Le malade n'est pas vérifié. Les LDH du jour même sont à 1200 uI. Les plaquettes à 95000/mm^3.

Observation n° 8 (N° 225)

Un homme de 77ans, insuffisant respiratoire, insuffisant cardiaque surinfecté pulmonaire, fait au cours d'hospitalisation un nouvel épisode de détresse respiratoire inexpliqué. Le tableau clinique et électrocardiographique est compatible avec le diagnostic d'embolie pulmonaire, les LDH passent de 255 unités à 570 unités puis reviennent à 130 unités. L'évolution est favorable.

Observation n° 9 (N° 310

Un homme de 60 ans, insuffisant respiratoire chronique, insuffisant cardiaque est admis pour pneumothorax spontané. Le malade a présenté à l'hôpital d'Eaubonne une douleur thoracique basse avec dyspnée aigue. Un pneumothorax est diagnsotiqué et drainé. Le malade se surinfecte sur le plan pulmonaire, est transféré au SAS ou peu de temps après son arrivée il présente un brusque accès de dyspnée avec détresse respiratoire, hypercapnie, tachycardie sinusale. L'électrocardiogramme évoque un coeur pulmonaire aigu. La radiographie thoracique montre un gros hile droit. L'hématocrite est à 57 %.
Une scintigraphie pulmonaire pratiquée se prononce en faveur d'embolies pulmonaires bilaterales mais les LDH restent basses.

Observation n° 10 (N° 331)

Une femme de 74 ans, hospitalisée quelques jours auparavant pour une poussée d'insuffisance respiratoire aigue chez une insuffisante respiratoire chronique revient pour une nouvelle détresse respiratoire. Le diagnostic retenu est celui d'oedème aigu du poumon sur une insuffisante cardiaque mais l'embolie pulmonaire est suspectée d'autant que l'on note le caractère peu typique cliniquement de l'oedème pulmonaire, une pression veineuse située en 7 et 9 centimètres d'eau et un rapport sodium sur potassium urinaire inférieur à 1 qui vient témoigner d'une hypovolémie. Enfin on note dans ce dossier une élévation des LDH mais les chiffres ne sont pas retrouvés.

Observation n° 11 (N° 494)

Un homme de 48 ans admis pour une surinfection bronchique chez un sujet en décompensation cardio respiratoire depuis quelques jours présente au troisième jour d'hospitalisation un nouvel accès de dyspnée avec des signes cliniques et électriques de coeur pulmonaire aigu.
Les LDH montent à 480 U I. L'hématocrite est à 50 %.

Confrontation des tableaux clinique, electrocardiographiques, radiographiques et biologique observés dans ces 11 cas. Tableau n° 1.

N°	337	412	187	413	388	504	186	225	310	331	494
âge	53	72	80	76	56	23	51	77	60	74	48
IRC	+	+			+			+	+	+	+
Insuf. cardiaque	+	+			+			+	+	+	
Obèse	+			+							
Coeur pulmonaire aigu clinique	+	+	+	+	+			+			+
Coeur pulmonaire aigu éléctrique	+	+	+	+	+	+		+	+	?	+
Présence de signes radiologiques en faveur	+	+	?	?	?	+			+	?	?
Présence d'une symptomatolgie clinique d'appel : douleur, dyspnée ou angoisse, désadaptation.	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Présence de fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
LDH	↗	↗↗↗	↗	↗↗	↗↗	↗↗	↗↗	↗↗		↗↗	↗
Hématocrite 50 %	+	0	0	0	?	0	?	+	0	+	+
Existence d'une chute du taux des plaquettes	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+
Survenue sous VA							+				
marquée par une désadaptation à la machine							+				

TABLEAU n° I

Il ressort de ce tableau :

- la fréquence de l'insuffisance respiratoire
- la fréquence d'une symptomatologie clinique d'appel
- La difficulté d'apporter des arguments radiologiques en faveur de l'embolie pulmonaire
- la constance de la fièvre mais il convient de noter que parmi ces malades beaucoup sont des surinfectés notamment pulmonaires.
- la quasi constance de l'élévation des LDH même si cette élévation est modérée
- enfin un élèment apparait c'est la fréquence d'une hypoplaquettose.

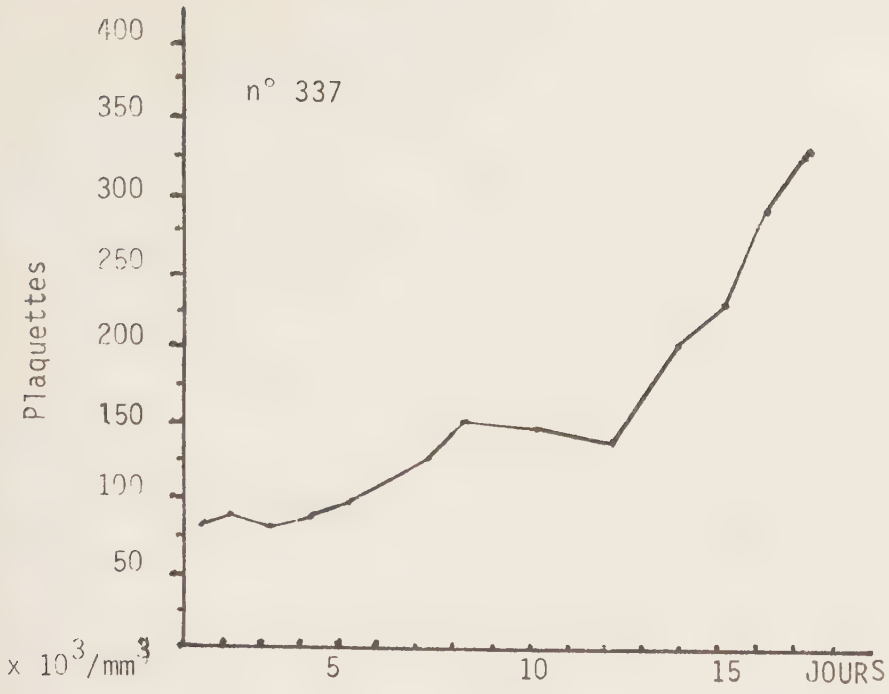
En effet la confrontation de l'évolution du taux des plaquettes chez ces malades suspects d'embolie pulmonaire montre un élèment que nous avons constaté à des degrès divers dans tous les cas malheureusement en nombre relativement réduit.

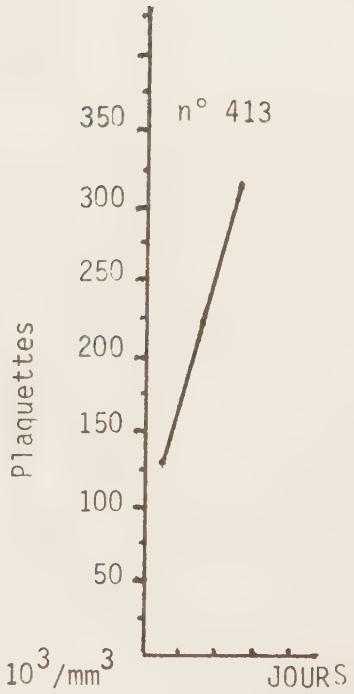
En effet la confrontation des résultats hématologiques chez ces malades montre un élèment que nous avons retrouvé dans les 10 cas ; (que le diagnostic soit assuré ou qu'il s'agisse d'une forte suspicion dont il faut souvent savoir se contenter en matière d'embolie pulmonaire) c'est à des degrés divers une chute du taux des plaquettes sanguines contemporaine de la survenue présumée de l'embolie pulmonaire. Ainsi en reprenant les 11 cas on observe au mieux ce phénomène sur les graphiques qui suivent où le taux des plaquettes exprimé par mm^3 est en ordonnée et le nombre de jours est exprimé en abcisse. Tableaux n° 2 et 3.

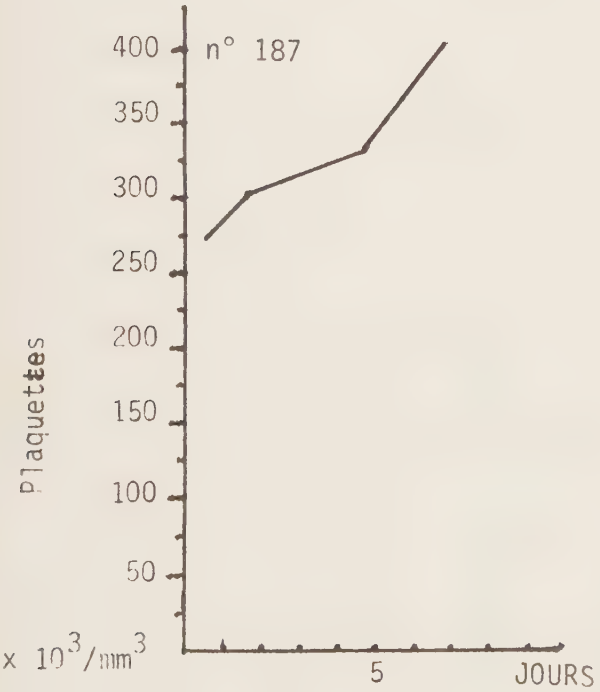
Ceci ne va pas à l'encontre de ce que l'on sait sur les modifications de la coagulation au cours des embolies pulmonaires (M. GRIVAUX et J.C. BAGUET RP Tome XVII n° 34 diagnostic des embolies pulmonaires p 48-57)

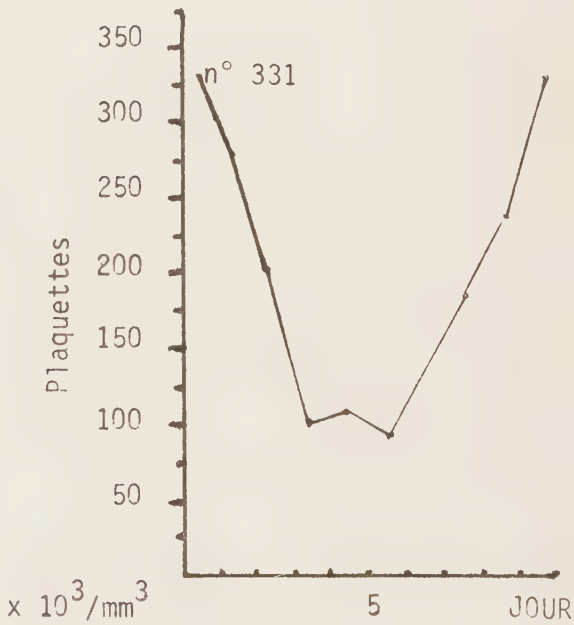
"Dans les jours précédents l'embolie pulmonaire ou au moment du déclenchement il existe un état d'hyper ou au moins d'isocoaglulabilité. Aussitôt après l'embolie pulmonaire on observe une apparente tendance à l'hypocaogulabilité rarement très importante persistant cinq à huit jours qui fait place à nouveau à une hypercoagulabilité (Lenègre et Beaumont)

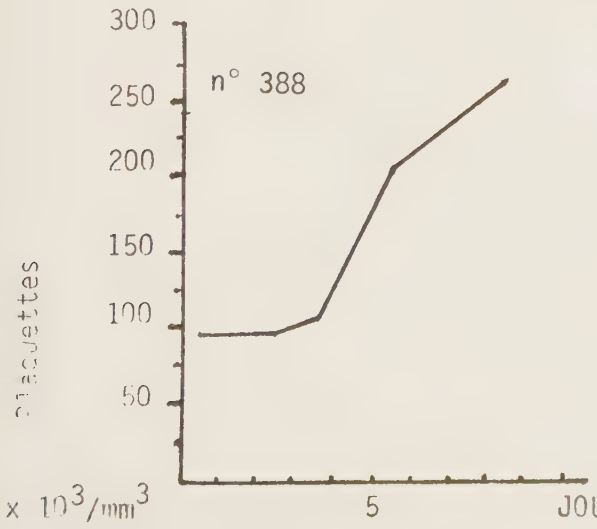
Ainsi après une accident aigu évoquant une embolie pulmonaire un certain degré d'hypocoagulabilité ne peut être retenu contre le diagnostic d'embolie pulmonaire".


n° 337
Plaquettes
400
350
300
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
5
10
15
JOURS


n° 413
Plaquettes
350
300
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
JOURS


n° 187
Plaquettes
400
350
300
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
5
JOURS


n° 331
Plaquettes
350
300
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
5
JOURS


n° 388
300
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
5
JOURS

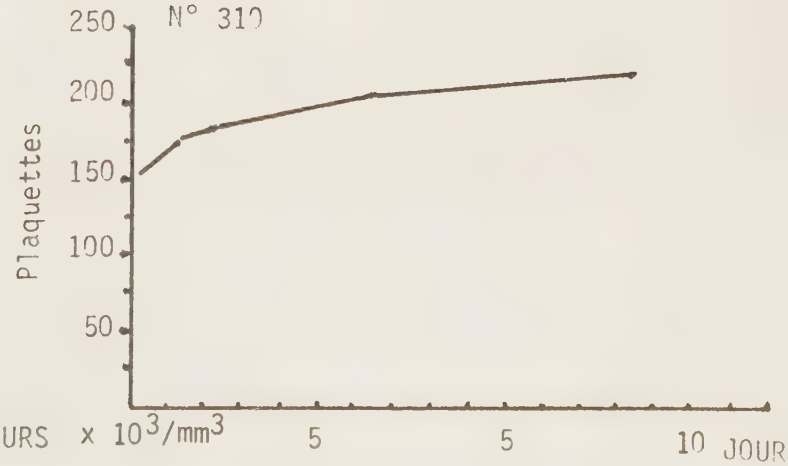
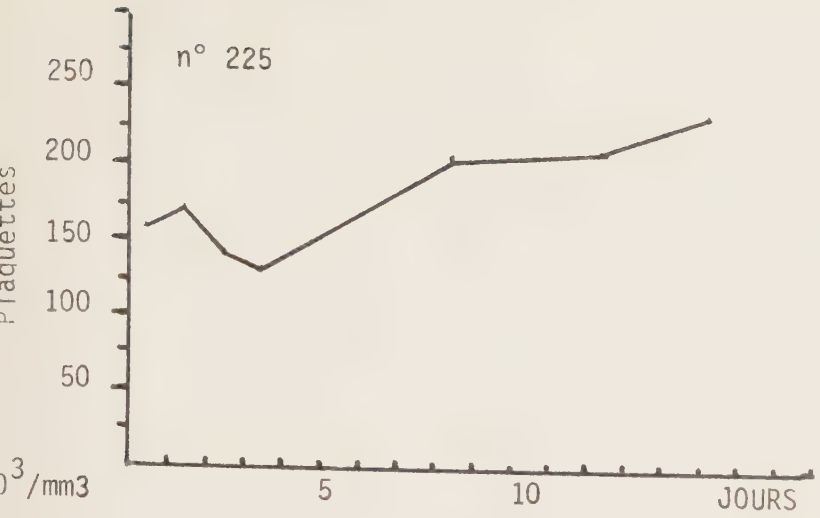
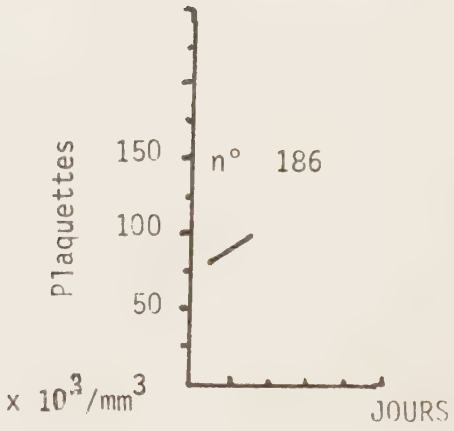
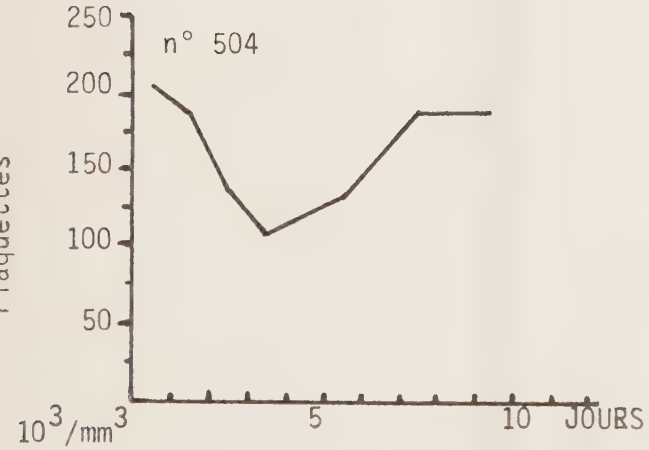
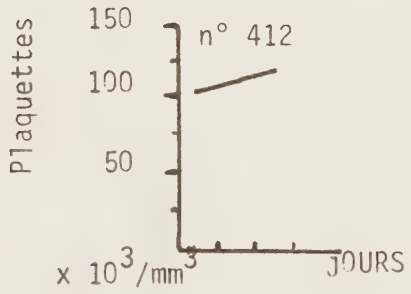

N° 310
Plaquettes
250
200
150
100
50
x 10^3/mm^3
5
5
10 JOURS

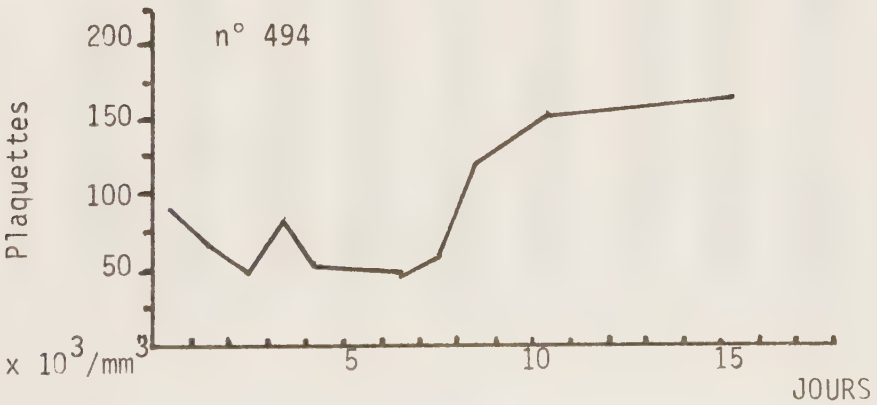
TABLEAU N° 2


n° 225
250
200
150
100
50
Plaquettes
10^3/mm3
5
10
JOURS


n° 186
150
100
50
Plaquettes
x 10^3/mm^3
JOURS


n° 504
250
200
150
100
50
10^3/mm^3
5
10
JOURS


n° 412
150
100
50
Plaquettes
x 10^3/mm^3
JOURS


n° 494
200
150
100
50
Plaquettes
x 10^3/mm^3
5
10
15
JOURS

- Tableau n° 3 -

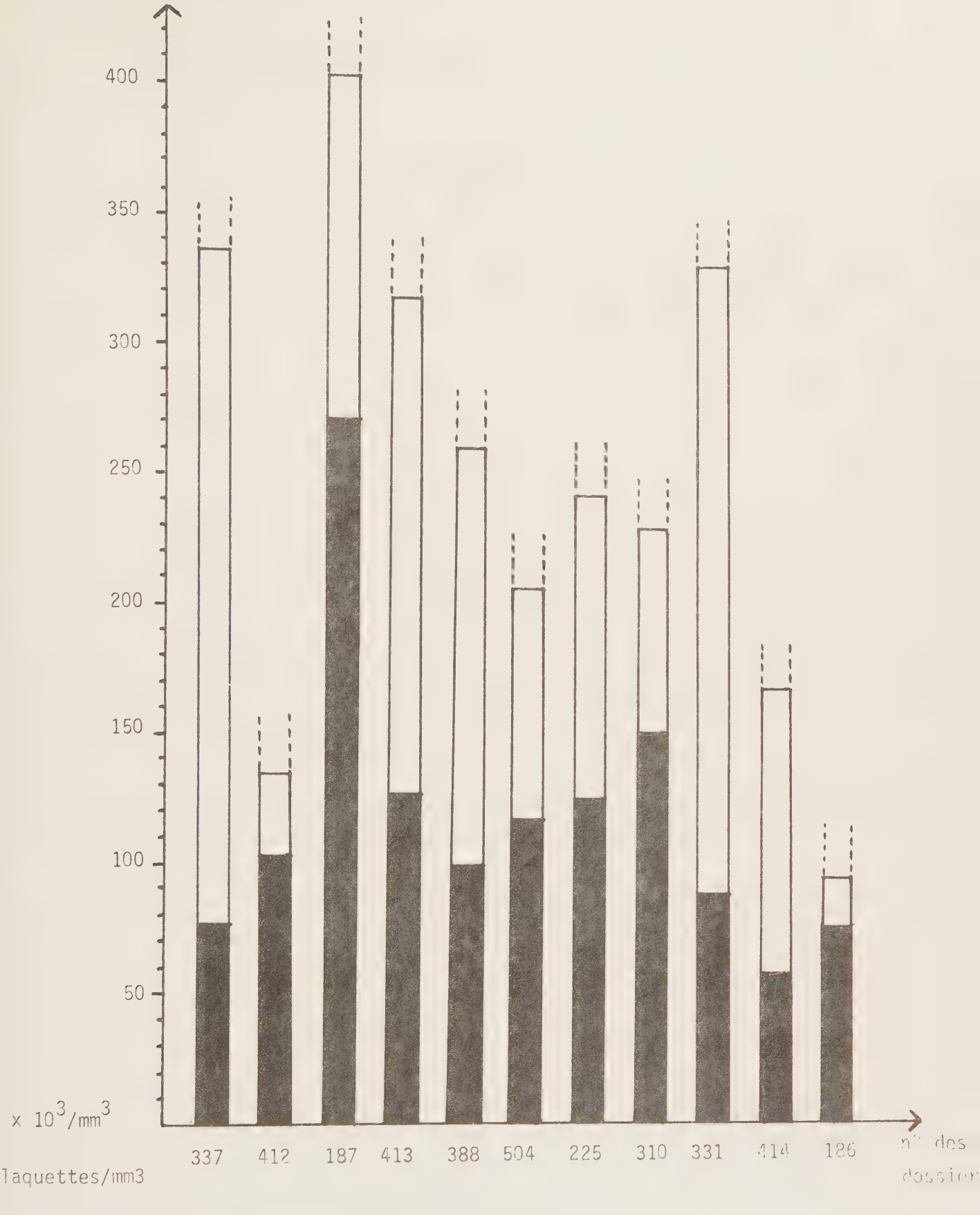


Tableau n° 4

Ecart entre les taux maximum et minimum de plaquettes enregistrés au cours de la survenue présumée d'une embolie pulmonaire chez 11 malades.

Cependant ces auteurs ne dégagent pas d'incidence clinique et ne font pas mention de l'évolution parallèle au taux danguin des plaquettes.

Le tableau n° 4 montre l'écart entre les taux maximum et minimum de plaquettes enregistrées durant l'hospitalisation au cours de la survenue d'embolie pulmonaire. Le haut de la colonne de droite est en pointillées car on ne sait pas comment le taux des plaquettes continue à évoluer après le transfert des malades dans d'autres services.

Au total

Il convient dans le cadre du SAS

- de continuer à confronter les résultats hématologiques au cours des embolies pulmonaires présumées afin de pouvoir se baser sur une série plus importante (donc plus significative).

- d'établir des courbes d'évolution des taux de plaquettes chez des sujets non suspects d'embolie pulmonaire pour établir une comparaison.

- de situer avec précision la survenue éventuelle de l'hypoplaquettose au cours de la maladie thromboembolique.

- de comparer ces résultats aux tests de coagulation dont le dosage des facteurs de la coagulation, et l'utilisation d'un thromboelastrogramme.

- de proposer un schéma physiopathologique satisfaisant

- de renverser le problème et de mettre en oeuvre les moyens diagnostiques de l'embolie pulmonaire devant un taux de plaquettes qui chute sans raison apparente chez un sujet exposé à la maladie thromboembolique.

6° - L'asthme

7 fois soit dans 9,5 % des cas, la maladie asthmatique a entraîné une détresse respiratoire et motivié l'hospitalisation au SAS;
Il s'agissait toujours d'asthmatiques connus, traités.

- 6 ont été admis en état de mal dont deux furent particulièrement sévères
- 1 a été admis en état de "blocage thoracique" quasi complet.

On note que :

3 états de mal ont été déclenchés par une infection pulmonaire certaines. Dans 3 autres cas l'infection pulmonaire est suspectée fortement comme cause déclenchante.

- Dans 1 cas la crise est secondaire à une injection intramusculaire d'Ozothine* et de Penicilline. Mais ce traitement était institué pour une infection pulmonaire.

Sur ces 7 malades 1 est décédé. Il s'agissait d'un sujet de 63 ans surinfecté sur le plan broncho pulmonaire en état d'acidose métabolique due à une poussée terminale d'insuffisance rénale chronique.

7° - Les oedèmes aigus du poumon

On en dénombre 10 soit 13,5 % des IRA.
7 sont décédés soit 70 %

Sur le plan étiologique on note que :

3 sont survenus au cours d'infarctus du myocarde
2 sont survenus au cours de pneumopathies virales surinfectées
1 est survenu chez un hypertendu insuffisant ventriculaire gauche
1 est survenu chez un insuffisant cardiaque anurique
Les 3 autres cas sont survenus dans l'évolution d'une défaillance cardiaque.

- 3 fois l'oedème aigu du poumon a été la cause de l'hospitalisation.
- 7 fois il est survenu en cours d'hospitalisation

8° - Les épanchements pleuraux

On en dénombre 3 soit 4,05 %
dont 2 sont décédés

Ces épanchements qui n'ont joue qu'un rôle aggravant sur la détresse respiratoire ont été rencontrés

2 fois au cours de suspicion d'embolie pulmonaire. Il s'agissait d'un liquide sérofibrineux
1 fois au cours d'une embolie pulmonaire et d'un oedème aigu du poumon mais le liquide était sanglant à la ponction pleural.

9° - Les causes neurologiques

On en dénombre 8 soit 10, 80 %
4 sont décédés

On relève :

- 2 accidents vasculaires cérébraux avec coma - Décédés
- 1 syndrome de Guillain Barré avec surinfection bronchopulmonaire post régurgitation et pneumothorax - décédé.
- 1 hémorragie méningée.
- 1 fausse route chez un Parkinsonnien
- 1 dégénerescence cerebelleuse grave avec hémiplégie - décédé
- 1 cause d'étiologie indéterminée

En matière d'hémorragie méningée on ne sait pas si l'hémorragie est responsable du problème respiratoire ou si elle est la conséquence des modifications circulatoires cérébrales due à l'acidose de l'hypercapnie ventilatoire aigue.

10° - Les insuffisances respiratoires aigues dues aux drogues dépressives respiratoires

On en dénombre 6 soit 8,10 %
aucune n'a entraîné le décès

1 au cours d'une prémédication pour une bronchoscopie chez un Insuffisant respiratoire chronique
1 au cours d'une surcharge en diazepam dans le traitement d'un état de pré délirium tremens
1 à la suite d'une anesthésie générale pour bronchoscopie chez un insuffisant respiratoire chronique. Le Droleptan ® parait être en cause.
1 à la suite d'une intoxication volontaire aux barbituriques chez un insuffisant respiratoire chronique
1 à la suite d'une intervention pour péritonite biliaire
1 chez un sujet de 55 ans sans antécédents respiratoires, artériographie 2 mois auparavant pour un problème d'anevrysme artériel cérébral chez qui une dyspnée permanente à recrudescence paroxystique s'est installée après l'anesthésie générale. La poussée qui motive l'admission au SAS serait due à l'injection intra musculaire de 5 mg de diazépam. Il existe un problème psychiatrique certain.

11° - L'alcalose métabolique et l'hyperbasémie

Les principaux désordres de l'équilibre acido-basique :

- acidose et alcalose métabolique
- acidose et alcalose respiratoire aigues et chroniques

mettent en jeu des phénomènes physiologiques qui tendent à compenser l'effet acidifiant ou alcalinisant de l'agression initiale.

Ainsi l'alcalose métabolique affecte les centres respiratoires qu'elle déprime et entraîne une augmentation de la $PaCO_2$ tendant à redresser la concentration en ions H^+ et le pH plasmatique.

De même l'acidose respiratoire s'accompagne d'une élévation des bicarbonates d'origine rénale qui permet de minimiser l'effet de l'hypercapnie sur la concentration en ions H^+ du plasma et sur le pH plasmatique.

Ces phénomènes sont physiologiques et compensatoires cependant les

malades présentant un de ces désordres peuvent être sujets à une perturbation acido basique surajoutée.

Il importe donc pour analyser un désordre acido basique complexe de reconnaître l'importance respective et la nature des mécanismes compensateurs mis en jeu par l'organisme.

Donc 2 situations sont possibles

1 - en dehors de tout désordre surajouté la compensation physiologique de l'hypercapnie se fait en 2 temps qui tendent tous les 2 à élever le taux de bicarbonates plasmatiques.

a) - 1ère étape

L'élévation de la Pa CO_2 entraîne une augmentation du taux sanguin d'acide carbonique qui titre les tampons de l'organisme. Le taux plasmatique des bicarbonates s'élève.

Ce phénomène est extrêmement rapide, il atteint son ampleur maximale en quelques minutes. C'est ce qui se passe dans l'hypercapnie aigue.

b) - 2ème étape

Plus longue, elle demande 3 ou 4 jours. Le rein augmente son excrétion d'acides sous forme d'acidité titrable et d'ammoniaque élevant la quantité des bicarbonates plasmatiques. C'est ce qui se passe dans l'hypercapnie chronique.

2 - Il peut exister une hyperbasémie surajoutée.

Les causes les plus courantes en sont en matière d'insuffisance respiratoire chronique

- des pertes ions H^+ avec hypochlorémie ou hypokaliémie dues essentiellement à l'usage de diurétiques (salidiurétiques, furosemide, acide éthacrynique, dérivés mercuriels), à l'usage de la corticothérapie au long cours, à l'abus de laxatifs, aux vomissements ou plus souvent aux aspirations digestives que l'on pratique en réanimation respiratoire notamment lors des hémorragies digestives sur ce terrain.

- à un apport excessif d'alcalins (Bicarbonates, THAM) utilisés de façon intempestive au cours d'acidose respiratoire aigue

- une rétention de bicarbonates. C'est ce qui se passe lors des alcaloses de reventilation ou la $PaCO_2$ chute plus vite que les bicarbonates plasmatiques.

Basé sur la relation Pa CO_2/pH et des résultats expérimentaux, le diagramme de C. Van Ypersele de Strihou permet comme on l'a déjà vu d'analyser une situation acido basique complexe au cours ou au décours d'une poussée d'insuffisance respiratoire aigue. Il permet de savoir dans quelles limites on peut expliquer les modifications du pH plasmatique par les seuls facteurs que sont :

- d'une part l'hypercapnie
- d'autre part sa conséquence métabolique directe. C'est à dire sa compensation par une rétention rénale de bicarbonates permettant ainsi de déceler un désordre acido basique surajouté.

Interprétations des zones du diagramme de C. Van Ypersele de Strihou

- La zone 1 correspond toujours à une hypercapnie associée à une hyperbasémie
- La zone 2 correspond à la réponse normale à l'hypercapnie aigue. La Pa CO_2 s'élève, le pH plasmatique s'abaisse
- La zone 3 peut correspondre à :
  - . une hypercapnie aigue greffée sur une hypercapnie chronique
  - . une hypercapnie aigue en voie de compensation
  - . une hypercapnie chronique compliquée par hypobasémie
- La zone 4 correspond à la réponse normale à l'hypercapnie chronique. Elle est plus compensée par une rétention de bicarbonate que l'hypercapnie aigue.

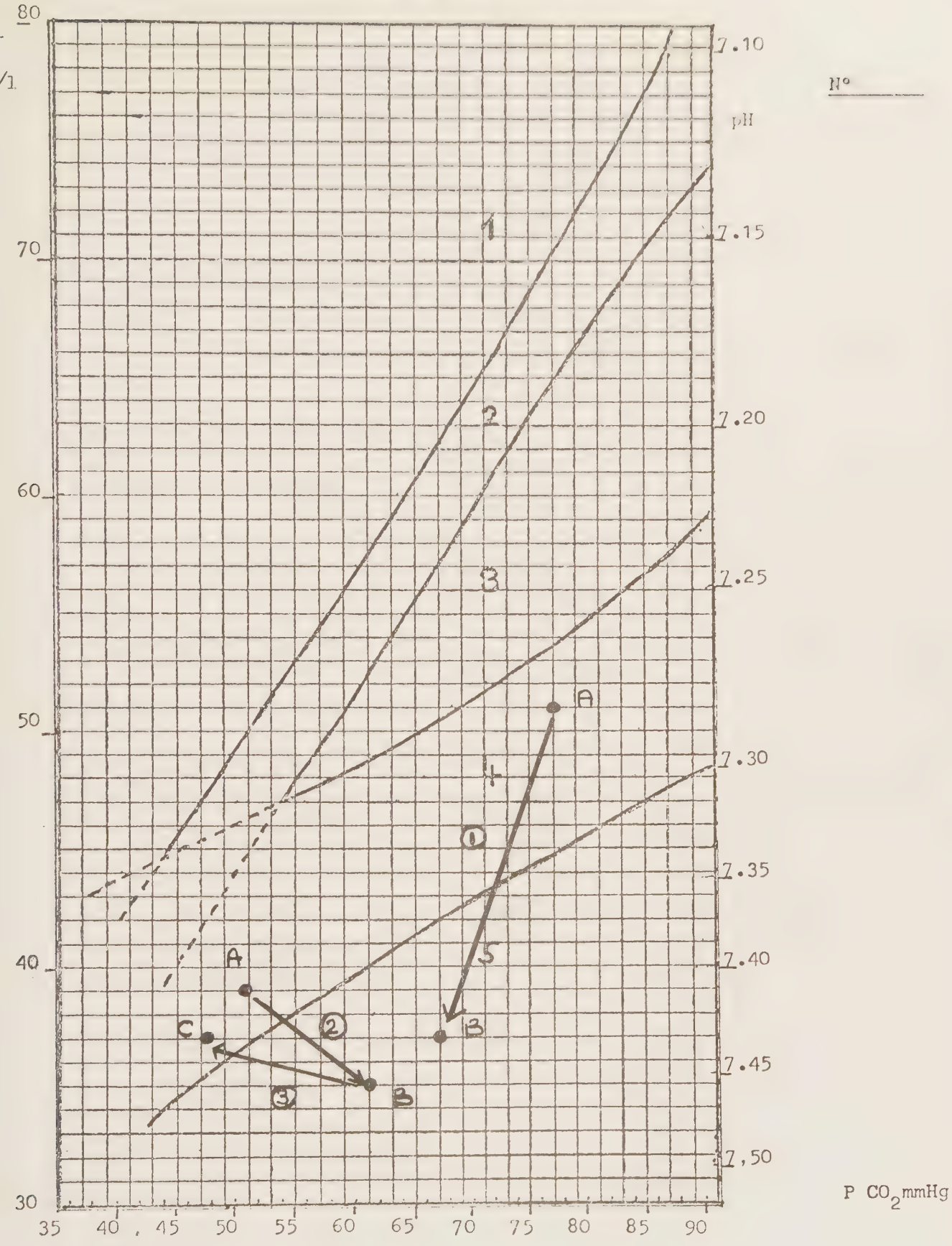
La zone 5 peut correspondre à :

- . une hypercapnie surjoutée (vomissements, aspiration digestive, diurétiques, alcalinisants)
- . un syndrome post hypercapnique et on a alors la notion d'une amélioration rapide de la fonction respiratoire.

Cette zone 5 nous interessent plus particulièrement car c'est à partir de celle-ci que l'on va pouvoir distinguer:

- une "alcalose post hypercapnique"
- d'une alcalose métabolique compliquant une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

TABLEAU n° 5

C'est ce que montre le tableau n° 5

1 - Le passage de la zone 4 à la zone 5 associe
- une élévation du pH plasmatique
- et une amélioration de l'hypercapnie

Il traduit une alcalose post-hypercapnique

2 - Le passage de la zone 4 à la zone 5 associe
- une élévation du pH
- à une aggravation de l'hypercapnie

Il traduit une alcalose métabolique compliquant une hypercapnie

3 - Le passage de la zone 5 à la zone 4 associe ici :
- une baisse du pH plasmatique
- une diminution de la capnie

Il traduit une correction d'une hypercapnie due à une hyperbasémie par correction de l'hyperbasémie.

Sur nos 74 dossiers nous avons découverts 7 états d'hypercapnie associée à une hyperbasémie; ce qui correspond à la zone 5 du diagramme de C. Van Ypersele de Strihou.

Nous pensions trouver une majorité de sujets présentant une courbe caractérisant une hyperbasémie aggravant une hypercapnie qui serait améliorée dans un 2ème temps par correction de l'hyperbasémie.

La lecture des diagrammes appelle les remarques suivantes :

Sur les 7 sujets ayant traversés à un moment de l'évolution de leur décompensation respiratoire la zone 5 du diagramme :

A : Au cours du premier prélèvement pour mesure des gaz du sang

6 sujets se trouvaient, au cours de la première mesure des gaz du sang, dans la zone 4 caractérisant les hypercapnies chroniques. Ce qui peut laisser penser qu'ils étaient déjà en voie de compensation de leur détresse respiratoire aigue. (Ce qui est logique puisqu'il n'est pas possible d'obtenir des gaz du sang en urgence dans notre hôpital et que les prélèvements sont donc différés de quelques heures)

1 malade se trouvait dans la zone 3 correspondant aux hypercapnies chroniques en poussée aigue.

B : Evolution

4 sujets (N° 206, 242, 310, 494) ont suivi en 24 heures une évolution qui sur le graphique caractérise un état "d'alcalose post-hypercapnique" passant de la zone 4 à la zone 5 en présentant

. une élévation du pH

. une amélioration de l'hypercapnie

1 sujet (N° 331) a suivi cette évolution avec un certain retard puisque le passage de la zone 4 à la zone 5 s'est déroulé entre le 5ème et le 10ème jour. Dans ce cas précis, il convient de noter 2 élèments qui sont intervenus pour expliquer cette évolution.

1 - Entre le 4ème et le 5ème jour, le malade a fait une nouvelle poussée d'hypercapnie passant en ventilation spontanée d'une Pa CO_2 à 61 mmHg à un Pa CO_2 à 77 mm Hg ceci en moins de 24 heures. Il n'a alors pas quitté la zone 4 se contentant de majorer son acidose respiratoire, le pH passant dans le même temps de 7,37 à 7,29.

Ce n'est qu'après, du 5ème au 10ème jour qu'il a franchi la zone 5 élevant son pH et abaissant sa Pa CO_2.

2 - Mais du premier au cinquième jour d'hospitalisation ce malade a reçu :

1er jour	1 comprimé de Furosemide
2ème jour	2 " " "
3ème jour	2 " " "
4ème jour	2 ampoules I V "
5ème jour	3 ampoules I V "
6ème jour	2 comprimés "
7ème jour	3 comprimés de furosemide
8ème jour	2 " " "
9ème jour	3 " " "
10ème jour	2 " " "

Dans ces conditions, il était logique d'attendre le passage dans la zone 5 étant donné l'action alcalinisante du furosemide (augmentation de la réabsorption des bicarbonates au niveau du tube contourné distal). Seul le trajet suivi sur le diagramme peut surprendre puisqu'on aurait pu s'attendre au passage de la zone 4 à la zone 5 avec une augmentation de la Pa CO_2 et non une diminution, cette dernière évoquant "l'alcalose post hypercapnique" et non post diurétique.

- En fait cette diminution de la Pa CO_2 est très faible : passage de 61 mm Hg à 59 mmHg pour une variation concomittente du pH de 7,37 à 7,47. Ici il faut donc admettre la conjugaison des 2 phénomènes :

- "alcalose post hypercapnique"
et - alcalose post diurétique

Enfin ajoutons que la nouvelle poussée de décompensation observée au 5ème jour n'a pu être attribuée au furosemide puisqu'elle s'est accompagnée certe d'une élévation de la Pa CO_2 mais aussi d'une diminution du pH.

Dans 2 autres cas, nous ne possédons pas les chiffres de gaz du sang initiaux. (N° 151 et 328). Ces sujets ont bien traversé la zone 5 mais nous ne savons pas dans quel sens par rapport à la capnie. Ainsi pour le tableau n° 328 il peut s'agir

- soit de l'amélioration d'une alcalose métabolique ayant compliqué une hypercapnie chronique
- soit de l'évolution normale d'un "état d'alcalose post-hypercapnique.

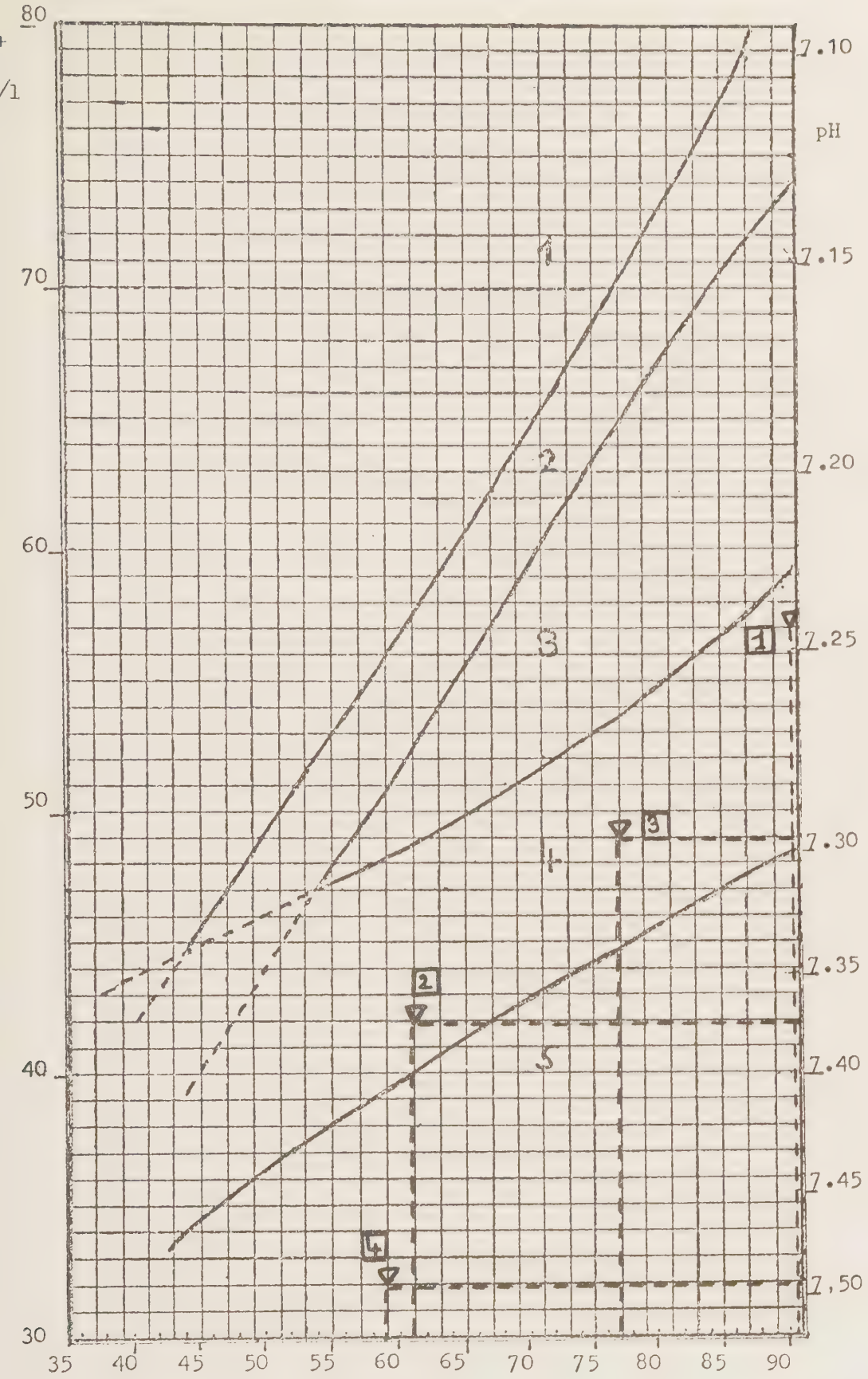
Le tableau n° 151 est en l'absence de gaz du sang complémentaires beaucoup plus difficile à analyser.

Sur les 7 cas d'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie

- 2 ne sont pas interprétables
- 5 ne peuvent être attribués à une hyperbasémie aggravant une hypercapnie chronique
- 1 cas requiert les conditions pour satisfaire à une hypercapnie chronique aggravée par une alcalose métabolique mais semble conjuguer ce phénomène avec une "alcalose post hypercapnique" qui la masque partiellement.

Ainsi contrairement à ce que nous attendions comme il a été exposé dans l'introduction, aucune Insuffisance respiratoire Aigue ne peut être formellement attribuée à une état d'hypercapnie chronique aggraver par une alcalose métabolique due en particulier à l'usage de diurétiques ou de corticoïdes au long cours ou dus à des vomissements

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 331

1) le 8.11.74
En VS
Bicarbonate : 39.5
PO_2 : 78

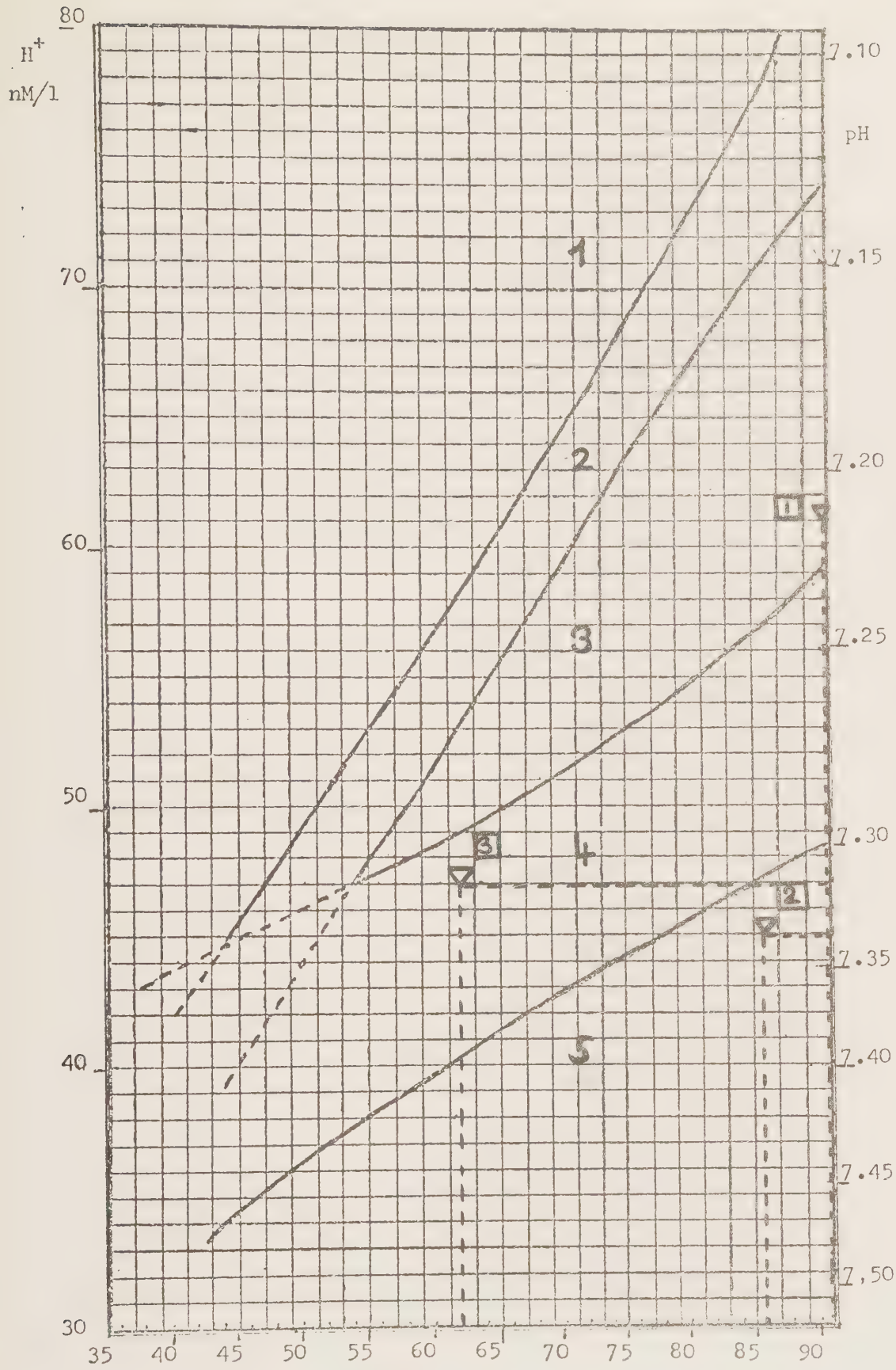
2) le 12.11.74
Bicarbonate : 36
PO_2 : 70

3) le 13.11.74
RA : 38

4) le 16 .11.74
RA : 45

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 310

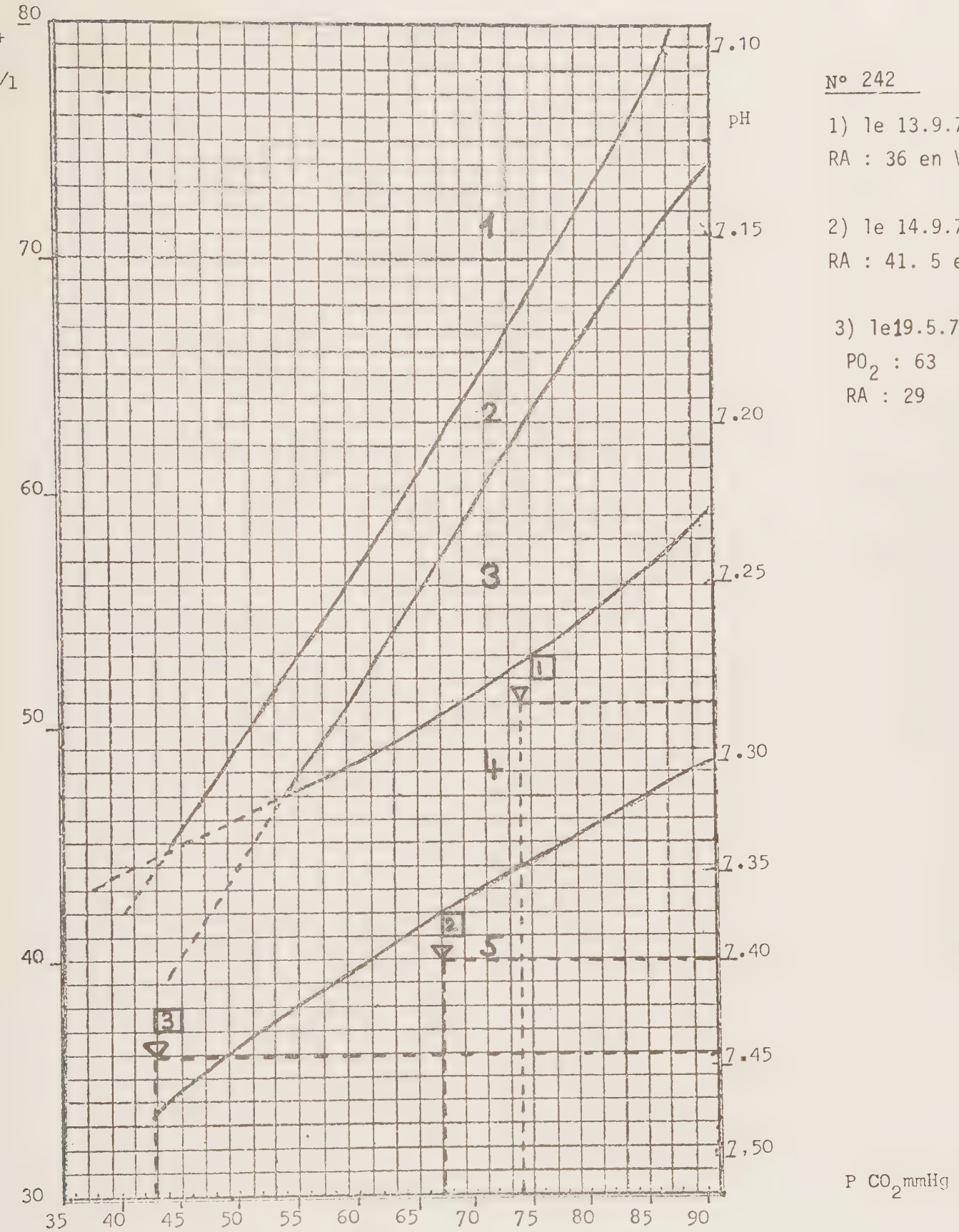
1) le 24.10.74
PO_2 : 73

2) le 25.10.74
Seule modificati
Thérapeutique de
hier : l'héparine
PO_2:41

3) le 8.11.74
PO_2 : 62
RA : 32

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 242

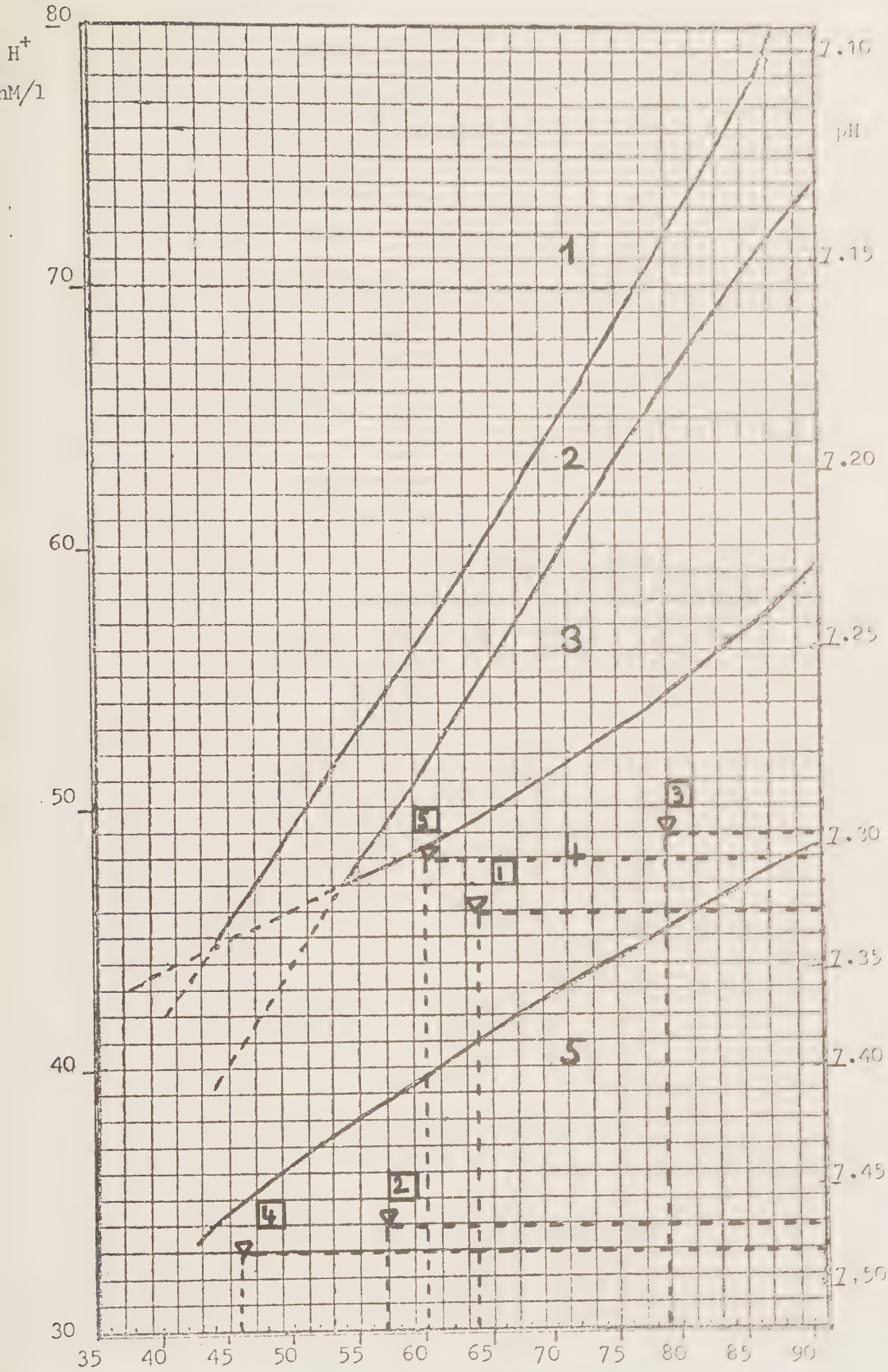
1) le 13.9.74
RA : 36 en VA

2) le 14.9.74
RA : 41. 5 en VA

3) le 19.5.74
PO_2 : 63
RA : 29

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 256

1) le 22.8.74
en VS
Bicar : ?

2) le 23.8.74
en VS
Bicar : 41.1

3) le 26.8.74
en VS
Bicar.: 40

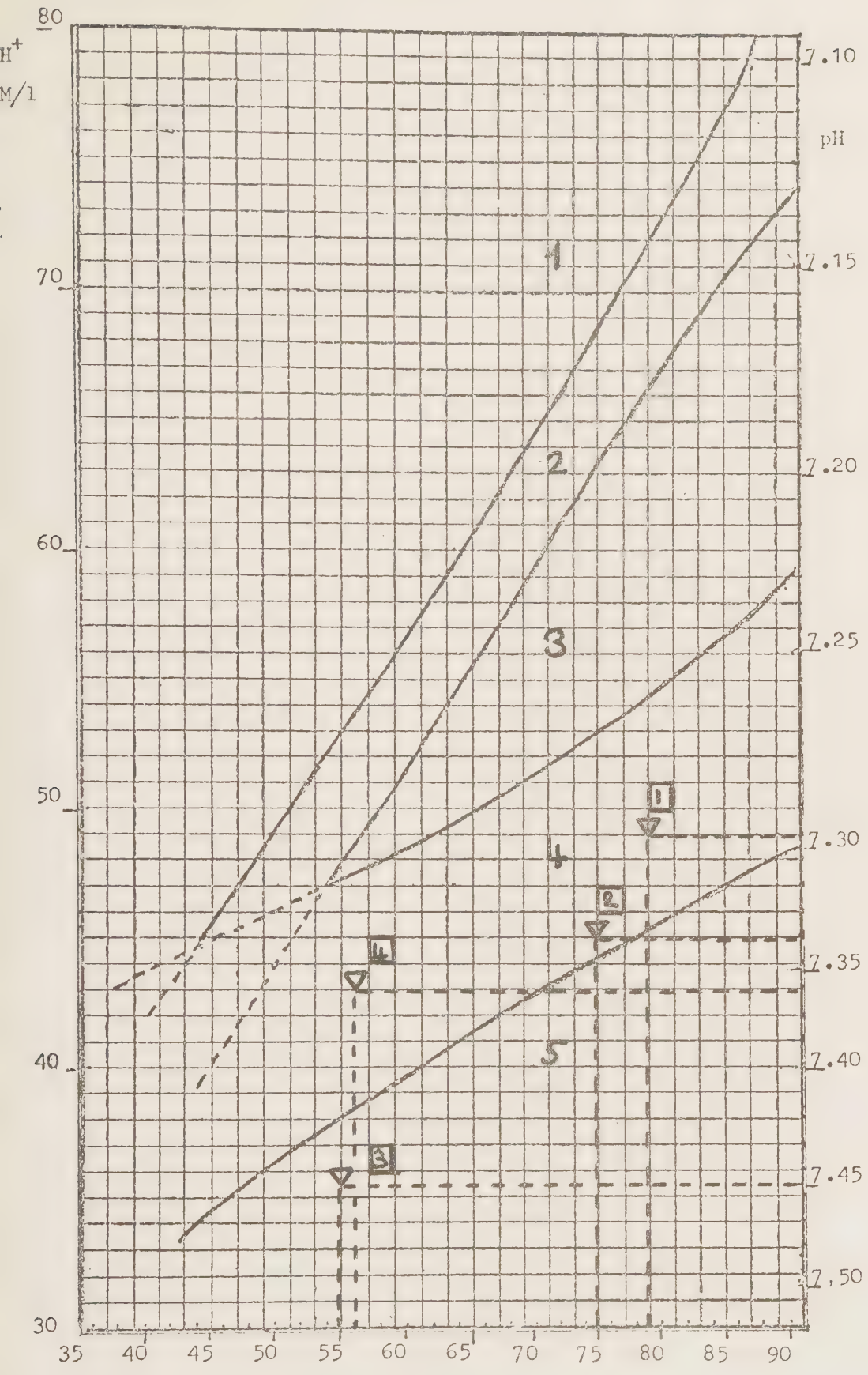
4) le 27.8.74
en VA
Bicar : 33

5) le 6.9.74
PO_2 : 77
RA : 30,5

P CO_2 mm Hg

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 494

1) le 11.3.74
RA : 40 en VS

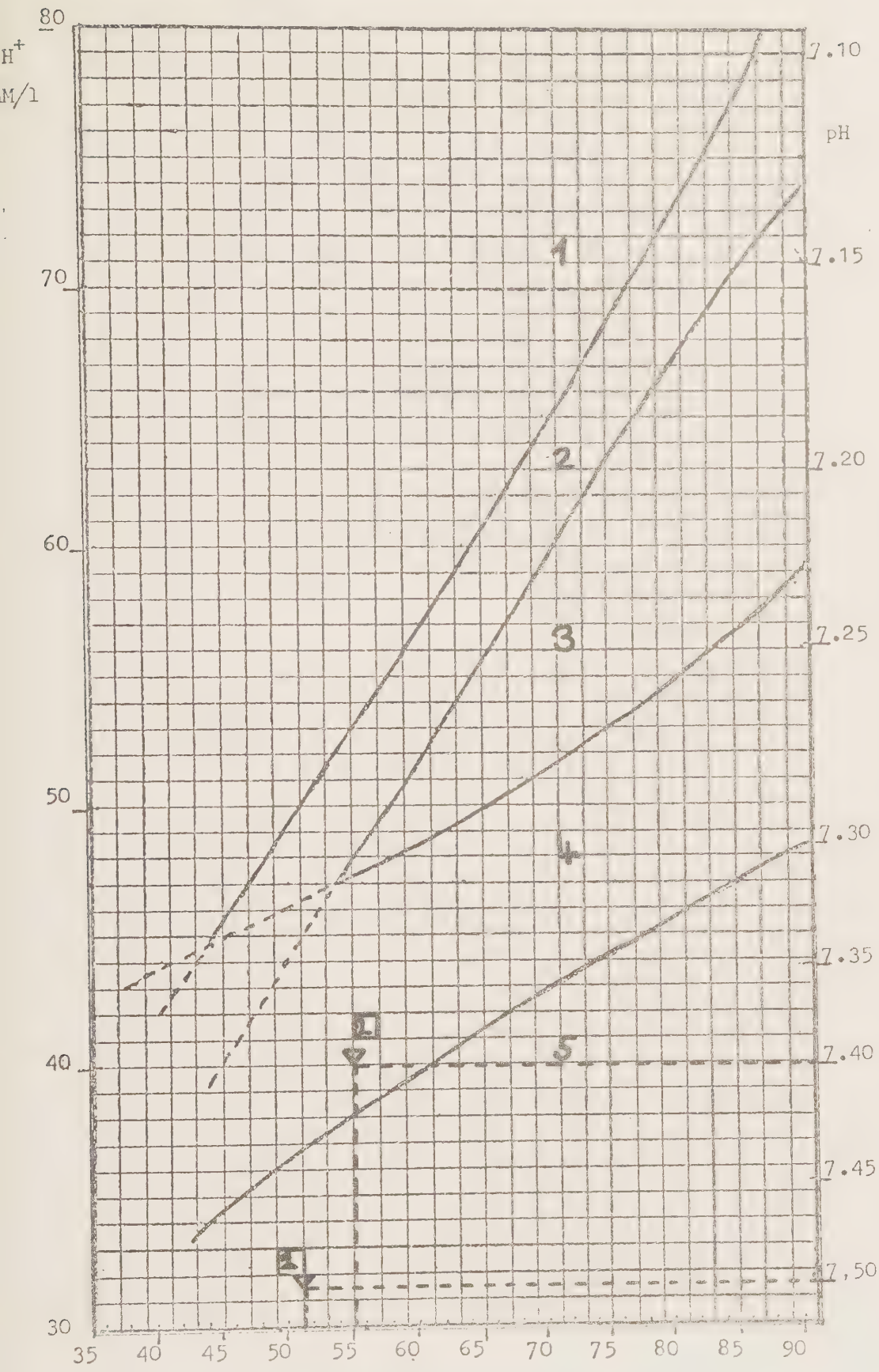
2) le 12.3.74
RA : 41 en VA (24h)

3) le 13.3.74
RA : 38.5 en VA (48h)

4) le 24.3.74
PO_2 : 64
RA : 31,5

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 151

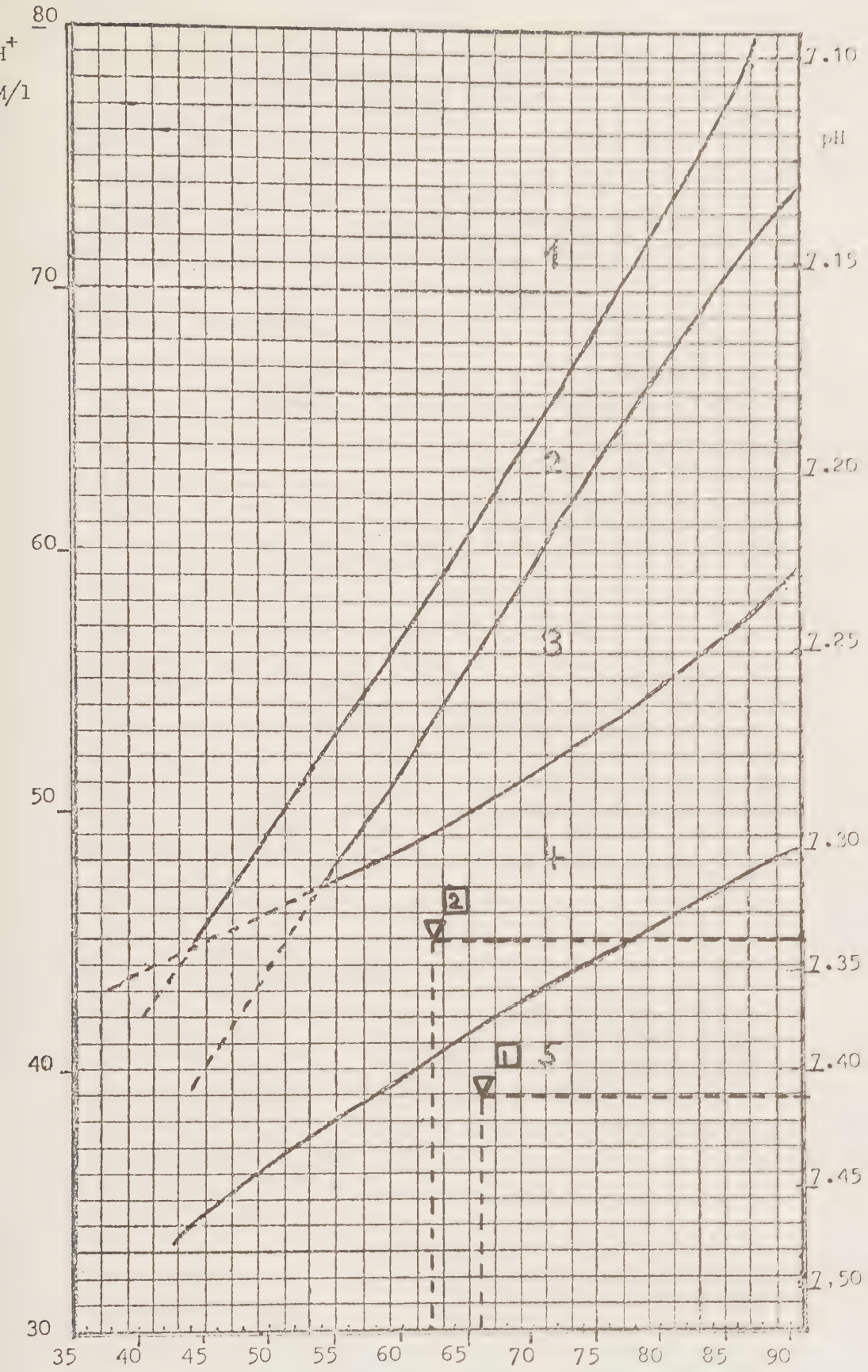
1) le 24.7.75
RA : 38.5 en
VA (24h)
PO_2 : 170

2) 25.7.75
RA : 34
PO_2 51

P CO_2 mmHg

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

DIAGRAMME DE VAN YPERSELE DE STRIHOU (1966)



N° 328

1) le 6.11.74
après 24h de VA
VS : PO_2 53
RA 41.5

2) le 7.11.74
24h de VA
PO_2 61
RA 33.5

La zone 1 définit l'addition d'une acidose métabolique à une hypercapnie
La zone 2 est celle des hypercapnies aiguës avec acidose ventilatoire aiguë pure
La zone 3 est celle des hypercapnies chroniques en poussée aigue.
La zone 4 est celle des hypercapnies en "état stationnaire"
La zone 5 définit l'addition d'une alcalose métabolique à une hypercapnie.

Au total ce qui nous le plus géné dans l'interprétation du diagramme de C. Van Ypersele de Strihou c'est l'absence de gaz du sang au moment de la poussée asphyxique contemporaine de l'hospitalisation

12° - Les obstacles tracheobronchiques

On en dénombre 3 soit 4,05 %.
Parmi ceux - ci :

- 1 sujet a présenté une hémorragie asphyxiante dont on n'a pu préciser l'origine digestive ou trachéo bronchique
- 1 sujet a inhalé de l'eau au cours d'une tentative d'autolyse par noyade
- 1 sujet porteur d'un cancer du larynx a présenté une dyspnée aigue attribuée soit à une mucite post radiothérapique soit à un oedème laryngé.
- aucun n'est décédé.

13° - Les traumatismes thoraciques

On en dénombre 4 qui ont présenté un volet thoracique dont :

3 après accidents de la voie publique
1 après massage cardiaque externe

3 sont décédés

- 1 s'est brutalement désadapté de sa machine, on a suspecté une embolie pulmonaire foudroyante
- 1 était porteur d'un cancer broncho pulmonaire en phase terminale
- 1 âgé de 88 ans est décédé en grande surinfection bronchopulmonaire.

CONCLUSION

Au terme de ce bilan sur les étiologies des insuffisances respiratoires aigues admises au SAS de réanimation de l'Hôpital Franco Musulman au cours de cette année d'ouverture, on peut dégager trois points.

I - Le bilan lui-même.

Il a permis de faire une mise au point sur ce type d'activité.

Le recrutement en fonction de la gravité, de l'âge, des étiologies est semblable à ce qui habituellement enregistré dans les services de réanimation respiratoire.

Les résultats thérapeutiques sont plus difficiles à comparer mais ils semblent être assez proches compte tenu des chiffres bruts de durée d'hospitalisation et de survie immédiate.

En ce qui concerne les insuffisants respiratoires chroniques les résultats à long terme ne pourront être établis qu'après 5 à 10 ans d'activité ceci à deux conditions essentielles.

- Premièrement que les malades soient suivis par le service c'est-à-dire :
  - . qu'ils soient réhospitalisés au SAS au cours de leur prochaine poussée d'insuffisance respiratoire aigue
  - . que l'on ne perde pas le contact avec eux entre les hospitalisations
  - . que le SAS soit averti des hospitalisations hors du Service et de la survenue du décès.

- Deuxièmement que les dossiers permettent de bien codifier les cas cliniques et les attitudes thérapeutiques. Ceci impose la nécessité de mettre au point un dossier type d'observation réservé et adapté aux insuffisances respiratoires afin qu'aucun renseignement significatif ne soit négligé et que la consultation des dossiers soit aisée et fiable.

Aidé par les donnés du bilan d'activité ce dossier doit être réalisé et mis à la disposition du SAS dans les semaines à venir.

II - Deux pôles d'intérêt ont été mis à jour au cours de cette étude.

1) - L'étude de l'alcalose métabolique qui a été observée, chez certains sujets décompensés, s'est avérée décevante. Contrairement à ce que l'on attendait jamais on a pu affirmer la responsabilité en tant que facteur aggravant des traitements alcalinisants prescrit en ville : diurétiques, corticoïdes.

A cela plusieurs raisons

- la méconnaissance des traitements institués avant la décompensation
- l'impossibilité d'obtenir très précocement les gaz du sang à l'hôpital
- et peut être la méconnaissance du retentissement de certains médicaments sur l'équilibre acido basique.

Ainsi malgré l'intérêt évident du diagramme de C. Van Ypersele de Strihou que nous avons vu, certains points demeurent obscurs. Il s'agit essentiellement du trajet suivi par le malade sur le diagramme entre le début de l'épisode broncho pulmonaire déclenchant et le moment où la détresse respiratoire motive l'hospitalisation en réanimation. Ce sujet devrait faire l'objet dans les mois à venir d'un travail programmé visant à apporter une réponse à cette question, préalable indispensable à la reprise d'une étude sur la responsabilité de l'alcalose métabolique comme facteur aggravant dans les décompensations respiratoires aigues.

2) - L'étude des embolies pulmonaires a également retenu spécialement notre attention

- par la fréquence de sa survenue en réanimation respiratoire, malgré la prévention pratiquée systématiquement
- par l'impossibilité d'affirmer le diagnostic
- et pour un point particulier tenant à l'évolution du taux des plaquettes puisque dans notre série, une hypo plaquettose contemporaine de la survenue présumée de l'accident thrombo embolique a été constante. Ceci soulève à son tour plusieurs problèmes
  - . à quel moment de la maladie thrombo embolique survient cette hypo plaquettose ?
  - . Est-ce que la fréquence de cette hypo plaquettose sur une série réduite de 11 cas peut être retrouvée dans une série plus importante ?

. L'observation d'une hypo plaquettose inexpliquée doit-elle systématiquement éveiller l'attention et faire rechercher les autres signes de la maladie thrombo embolique ?
. Quelle explication étiopathogénique peut-on avancer ?
. Sur le plan thérapeutique la constatation d'une hypo-plaquettose inexpliquée doit elle conduire à la mise en oeuvre d'un traitement anticoagulant et à partir de quel taux d'hypoplaquettose doit on instituer le traitement.
. Enfin l'utilité d'une scintigraphie et d'une angiographie pulmonaire obtencible dans l'hôpital même parait évidente.

III - Plusieurs sujets d'étude sont à envisager pour l'année à venir.

- Outre les problèmes sur l'alcalose métabolique et l'embolie pulmonaire, d'autres thèmes qui n'ont pas été énoncés dans cette thèse ont été soulevé au cours de son élaboration.

Il s'agit :

1 - du rôle de la déshydratation dans la gravité des tableaux

2 - du rôle de la surinfection secondaire en réanimation respiratoire et les moyens de la combattre

3 - la fréquence et les terrains de survenue des hémorragies digestives en réanimation respiratoire ainsi que les moyens de les prévenir notamment en ce qui concerne les ulcérations aigus de Stress au niveau du tube digestif.

4 - La possibilité d'étude des variations de la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine dans les globules rouges au cours des premières heures qui suivent la survenue d'un état asphyxique aigu et la place éventuelle de cette variation parmi les mécanismes compensateurs de l'organisme.

5 - l'heure de l'indication de la ventilation artificielle en réanimation respiratoire.

6 - Un essai d'identification des causes immédiates des décès en réanimation respiratoire que seule la multiplication des vérifications necropsiques peut permettre d'élucider partiellement.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABRAHAM. A.S., COLE R B., BISHOP J.M. Reversal of pulmonary hypertension by prolonged oxygen administration to patients with chronic bronchitis. *Circulat. Res., 1968, 23, 147-157*

2 - ARBUS G.S., HEBERT L.A., LEVESQUE P.R., ETSTEN B.E. and SCHWARTZ W.B. Characterization and clinical application of the "significance band" for acute respiratory alkalosis. *New Engl. J. Med., 1969, 280, 117-123*

3 - ASHFORD T.P. and FREIMAN D.G. Plastelet aggregation at sites of minimal endothelial injury. An electron microscopic study. *Amer. J. Path., 1968, 53, 599*

4 - ASSAN R. Les accidents des Diurétiques modernes. *Rev. du Prat. 1969, 19 (33) , 4871-4880*

5 - ASSAN R. Complications métaboliques des diurétiques modernes. *Revue de Médecine, N° 36, 29 Oct. 1973*

6 - BELLINGHAM A.J., DETTER J.C. and LENFANT C. Regulatory mechanisms of hemoglobin oxygen affinity in acidosis and alkalosis. *J. Clin. Invest., 1971, 50, 700-706*

7 - BENAIM R., SAMAMA M. CHICHE P. Traitement médical de l'embolie pulmonaire. *Vie médicale, Nov. 74/3, 55ème Année, 36, 4415-4430*

8 - BLEICH H.L. Computer evaluation of acid-base disorders. *J. Clin. Invest., 1969, 48, 1689-1696*

9 - BRACKETT N.C. Jr., COHEN J.J., SCHWARTZ W.B. : Carbon dioxide titration curve of normal man. *New Engl. J. Med., 1965, 272, 6-12*

10 - BROUSTET P. Les causes des embolies pulmonaires. *Rev. du Prat., t, VI, 28, 3879-3889 1er Novembre 1956*

11 - BURROWS B., EARLE R.H. Prediction of survival in patients in the chronic airway obstruction. *Amer. Rev. Resp. Dis., 1969, 99, 865-871*

12 - BURSEAUX E., FREMINET A. and POYART C.F. Effects of CO_2 and 2,3 DPG on fetal blood affinity for oxygen. *Resp. Phys., 1974 (in press)*

13 - BURSEAUX E. et POYART C.F. Equilibre acido-basique et affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène. *Revue du Prat., 15, t XXIV, 1331- 1336, 13 mars 1974*

14 - CARLOTTI J., HARDY I.B., LINTON N.R. et WHITE P.D. Embolie pulmonaire. *J.A.M.A., 134, N° 31, 378-384, 23 Août 1947*

15 - DEBRAY J. et KRULIK M. Les thrombopénies. *Vie médicale, Avril 74/4, 55ème Année, 16, 2021-2026*

16 - DEPARIS M. et QUEVAUVILLIERS J.. Etiologie des embolies pulmonaires. *Revue du Prat. Dec. 67, Tome XVII, 34, 4825-4834*

17 - DUPON H. Diagnostic et traitement des embolies pulmonaires massives *Vie médicale, Nov. 74/3, 55ème année, 36, 4459-4473*

18 - DUCLOUX G. Les embolies pulmonaires en cardiologie. *Vie médicale Nov. 74/3, 55ème année, 36, 4431-4444*

19 - EVEN P., DUROUX, CAUBARRERE I., DYAN A., BROUET G. Diagnostic des embolies pulmonaires. *Vie médicale. Novembre 1974/3, 55ème Année, 36, 4399-4414*

20 - GENNARI F.J., GOLDSTEIN MB and SCHWARTZ W.B. The nature of the renal adaptation to chronic hypocapnia. *J. Clin. Invest. 1972, 51, 1722-1730*

21 - GERBAUX A. et LE NEGRE J. L'embolie pulmonaire des cardiaques. *Rev. du Prat., t VI, 28, 3111-3115, 1er Novembre 1956*

22 - GOLDBERG M., GREEN S.B., MOSS M.L., MARBACH C.B. and GARFINKEL D. Computer-based instruction and diagnosis of acid base disorders. *J. Amer. Med., Ass., 1973, 223, 269-275*

23 - GOLDSTEIN M.B., GENNARI F.J. and SCHWARTZ W.B. The influence of graded degrees of chronic hypercapnia on the acute carbon dioxide titration curve. *J. Clin. Invest., 1971, 50, 208-216*

24 - GRIVAUX M. et BAGUET J.C. Signes, évolution et diagnostic des embolies et infarctus pulmonaires. *Rev. du Prat., Décembre 67, Tome XVII, 34, 4857-4885*

25 - HATZFELD C., CARTON J., BRILLE D. Données cliniques, fonctionnelles respiratoires et évolutive chez 18 bronchitiques chroniques avec hypertension pulmonaire mesurée entre 1958 et 1960. *Bull. Physio-path. Resp., 1968, 4, N° 2, 333-347*

26 - HAYAT J.C. Insuffisance respiratoire post-traumatique. *Vie méd., 73/4, 54ème Année, 41, 5257-5261*

27 - JESSEN O., KRISTENSEN H.S., RASMUSSEN K. Tracheotomy and artificial ventilation in chronic lung disease. *Lancet, 1967, 2, 9-12*

28 - KILMARTIN J.V., ROSSI-BERNARDI L. Interaction of hemoglobin with hydrogen ions, carbon dioxide and organic phosphates. *Physiol. Revue, 1973, 53, 836-890*

29 - LABROUSSEJ., BOUSSER P., LIENHART A. Insuffisance respiratoire des pneumopathies aigues. *Vie médicale, Dec. 73/4, 54ème Année, 41, 5265-5270*

30 - LAGRUE G. Les risques des traitements diurétiques. Des règles de prescription et de surveillance strictes. *Concours médical - 4 Décembre 1971 - (49) - 8025-8031*

31 - LISSAC J. et LABROUSSE J. Insuffisances respiratoires aigues. *Les cahiers Beillière Réanimation n° 27, 1971*

32 - LISSAC J., LABROUSSE J., MIGNON A., BONNET, MARSAC J. et GAUBERT J. Les survies à long terme après réanimation pour insuffisance respiratoire chronique. *M. GOULON et M. RAPIN. Réanimation et médecine d'urgence, edit. L'EXPANSION 1972*

33 - LISSAC J., LETAC B., MARSAC A., MIGNON A. Pronostic à court et à long terme des états asphyxiques au cours des bronchopneumopathies chroniques. *Vie médicale, 1969, 39, 4987-4994*

34 - LEMAIRE F., HARIRI A., RAPIN M. Les formes étiologiques des oedèmes pulmonaires. *Revue du Prat., 27, T XXIII, 2415-2426*

35 - LENEGRE J. Diagnostic de l'embolie pulmonaire récente. *Rev. du Prat., 10, 1139-1960*

36 - LEVENBERGER P., KARMANN U. and HELD D.R. Doses chronic hypercapnia entail and adaptive improvement of extracellular space buffering against acute PCO_2 changes ? *Europ. J. Clin. Invest. 1973, 3, 295-298*

37 - MARCEL G.A. Régulation de l'équilibre acide-base. *Revue du Med., Sept. 1974, 29, 1931-1945.*

38 - MEYER A., LISSAC J., LABROUSSE J. Pronostic des poussées asphyxiques des insuffisances respiratoires chroniques. *Bull. Acad. Nat. Acad. (Paris), 1971, 155, 111-116*

39 - ORAM S. et DAVIES P. L'électrocardiogramme du coeur pulmonaire. Acquisitions nouvelles en pathologie cardiovasculaire. *Maloine edit. Paris, 9, 367-389, 1967*

40 - PARIENTE R. Etat du mal asthmatique. *Vie médicale, Déc. 73/4, 54ème année, 41, 5247-5249*

41 - PARIENTE T., CHENTINI H., ROBILLARD M., JEANNIN L. et BROUET G. Incidence de l'épidémie de grippe de l'hiver 1969-1970 sur l'activité d'un centre de réanimation respiratoire polyvalente. *Rev. Tub. Pneum., 1970, 34, 6, 843-852*

42 - PERUTZ M.F. Stéréochemistry of cooperative effects of haemoglobin. Haem - haem interaction and the problem of allostery. The bohr

effect and combination with organic phosphates. *Nature, 1970, 228, 726-739*

43 - PESTEL M. Particularités cliniques et thérapeutiques des thrombo-phlébites médicales. *Rev. Prat. t X, n° 11, 1159-1164, 11 Avril 1960*

44 - PHAM Q.T., COLLOMBIER N., UFFHOLTZ H., LACOSTE J.,SADOUL P. Evolution lointainre des bronchiteux chroniques présentant une hypercapnie. *Bull. Physiopath. Resp., 1965, n° 2, 273-289*

45 - POCIDALO J.J. Interprétation de l'équilibre acido basique et identification des désordres mixtes. *Revue du Praticien, t XXIV, 15, 1307-1315*

46 - POUGET P., ACAR J. Coeur pulmonaire par thrombose artérielle chronique. *Vie médicale Nov. 74/3, 55ème année, 36, 4445-4458*

47 - PUJET J.C. Pneumothorax suffocant. *Vie médicale Dec. 1973/4, 54ème année , 41, 5273-5281*

48 - RAPIN M., LEMAIRE F., PINAUDEAU Y., LE GALL J.R., MARCEL G.A. et LANGE F. Les insuffisacnes respiratoires aigues des états de choc. *Nouvelle Pres. méd., 1972, 1, 381*

49 - REINMUND P. Données statistiques et étiopathogéniques. *Vie médicale 1975, mai/1, 56ème année, 17, 1501-1507*

50 - RICHET G., ARDAILLOU R. et AMIEL C. Equilibre hydro-électrolytique normal et pathologique, *1966, J.B. Baillère edit., 1-212*

51 - RIORDAN J.F. and WALTERS G. Pulmonary oedemia in bacterial shock. *Lancet, 1968, 1, 720*

52 - RIOUX C. Embolies pulmonaires graves. *Vie médicale Dec. 73/4, 54ème année, 41, 5251-5254*

53 - RORTH M., ASTRUP P. edit : Oxygen affinity of hemoglobin and red cell acid base status. *1972, Alfred Benzon. Symposium IV Copenhagen Munksgaard*

54 - ROSSI - BERNARDI L. and ROUGHTON F.J.W. The specific influence of carbon dioxide and carbamate compounds of the buffer power and Bohr effects in human haemoglobin solutions. *J. Physiol. (London), 1967, 189, 1-29*

55 - SADOUL P., PHAM Q.T. Eléments péjoratifs du pronostic vital de la bronchite chronique. *Press. Méd. , 1965, 75, 1905-1907*

56 - SADOUL P. Les cachexies respiratoires. *Bull. Physiopath. Resp. 1969, 5, 3-11*

57 - SAMAMA M. Les mécanismes des thromboses. *Rev. Prat., t XXIV, 17 5349 _5358*

58 - SANCHEZ A., JARDIN F., FRANK R. et MARGAIRAZ A. Les détresses respiratoires sans hypercapnie. *Ann. méd., 1972, 123, 6-7, 659-664*

59 - SCHWARTZ W.B. Medicine and the computer *New Engl. J. Med., 1970, 283, 1257-1264*

60 - STEVENS P.M., TERPLAN M., KNOWLES H.J. Prognosis of cor pulmonale. *New Engl. J. Med., 1963, 269, 1289*

61 - SUKUMAL CHANTRA Y., DINAKARA P., WILLIAMS M.H. Jr. Prognosis of patients with chronic obstructive disease after hospitalisation for acute ventilatory failures : a three year follow up study. *Amer. Rev. REsp. Dis., 1966, 93, 215-222*

62 - THOMAS R. et POCIDALO J.J. Sémeiologie biochimique sanguine de l'insuffisance respiratoire. *Vie médicale, Déc. 73/4, 54ème année, 41, 5239,5245*

63 - THURLBECK W.M., HENDERSON J.A., FRASER R.G., BATES D.B. Chronic obstructive lung diseases. A comparison between clinical roentgenologic, functional and morphologic criteria in chronic bronchitis, emphysema, asthma and bronchiectasis. *Medicine (Baltimore) 1970), 49 81-145*

64 - TORRANCE D.J. Les aspects radiologiques deu coeur pulmonaire. Acquisitions nouvelles en pathologie cardio vasculaire. *Maloine édit. Paris, 299-296, 9, 1966*

65 - TOURNIAIRE A., TARTULIER M., DEYRIEUX F. et BLUM J. Le coeur pulmonaire aigu dans l'embolie pulmonaire. *Exp. Sc. Fr. édit., Paris, un vol. 189 p. 1956*

66 - VANDENBERGH E., VAN DE WOESTIJNE K.P., BILLIET L., GYSELEN A. Evolution et pronostic de la bronchite chronique au stade de rétention du CO_2. *Bull Physiopath. Resp., 1965, I, N° 2, 260-272*

67 - VAN YPERSELE de STRIHOU C. Désordres acido-basiques au cours de l'insuffisance respiratoire chronique. Les troubles de l'équilibre acido basique. *Rev. du Prat., 1974, 24, 17 (21 mars 1974) 1537-1556*

68 - VAN YPERSELE DE STRIHOU C., GULYASSY P.G. and SCHWARTZ W.B. Effects of chronic hypercapnia on electrolyte and acid base equilibrium III. Characteristics of the adoptive and recovery process as evaluated by the provision of alkali. *J. Clin. Invest., 1962, 41, 2246-2253*

69 - VAN YPERSELE de STRIHOU C., BRASSEUR L. de CORNINCK J. The"carbon dioxide response curve" for chronic hypercapnia in man. *New Engl. J. Med., 1966, 275n 117-122*

70 - VAN YPERSELE de STRIHOU C. et FRANS A.The respiratory response to chronic metabolic alkalosis and acidosis in disease. *Clin. Sci., 1973, 45, 439-448*

71 - VAN YPERSELE de STRIHOU C. and FRANS A. Les désordres acido basiques au cours de l'insuffisance respiratoire : un nouveau diagramme destiné à leur interprétation. *Presse Médicale 1967, 75, 1797-1800*

72 - VIC DUPONT V. Grippes graves et malignes. *Rev. du Prat., 7, t XXIII, 509-518, 1er F&vrier 1973*

73 - VIC DUPONT V., COULAUD J.P. et SZEKELY A.M. Les syndromes asphyxiques au cours des pneumopathies aigues infectieuses de l'adulte. *Jour. Réan Hôp. Claude Bernard, 1967, 25-26, Arnette, edit. PARIS*

74 - VIC DUPONT V., BAZIN Cl., DIAMANT-BERGER F. et BRUNIAUX J. Formes respiratoires sévères observées au cours de l'épidémie de grippe de l'hiver 1969-1970. *Pres. Méd., 1970, 41, 78, 1781-1786*

75 - VIC DUPONT V. Les pneumopathies virales asphyxiantes. Concours

méd., 1970, 94, 24, 4683-4690

76 - VOISIN C, WATTEL F., TONNEL A B et VALLET P. Les formes respiratoires graves de la grippe. *Feuillets du praticien, 1972, 37, 2, 25-33*

77 - WAGNER H.N. et TOWN D.E. La scintigraphie isotopique, mode d'étude de la circulation pulmonaire. *Acquisitions nouvelles en pathologie cardiovasculaire. Maloine Edit., Paris, 9, 411-430, 1967*

78 - WRANNE B., WOODSON R.D. and DETTER J.C. Bohr effect : interaction between H^+, CO_2 and 2.3 DPG in fresh and stored blood. *J. Appl.* [illegible] *1975, 38 (6) 749-754.*

« En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'Exercice de la Médecine.

« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

« Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »